Date Due

Dermatologische Wochenschrift

MONATSHEFTE

FÜR

PRAKTISCHE DERMATOLOGIE.

UNTER MITWIRKUNG VON:

PROF. DR. CH. AUDRY IN TOULOUSE, PRIV.-DOZ. DR. C. BECK IN BUDAPEST,
PRIV.-DOZ. DR. TH. BURI IN BASEL, DR. E. DELBANCO IN HAMBURG,
DR. DREUW IN BERLIN, DR. J. FICK IN WIEN, PRIV.-DOZ. DR. E. HEUSS IN ZÜRICH
DR. M. HODARA IN KONSTANTINOPEL, PROF. DR. KROMAYER IN BERLIN,
PROF. DR. FR. KRZYSZTALOWICZ IN KRAKAU,
DR. L. LEISTIKOW IN HAMBURG, DR. FERD. WINKLER IN WIEN

HERAUSGEGEBEN VON

P. G. UNNA UND P. TAENZER.

ZWEIUNDFÜNFZIGSTER BAND.

1911.

JANUAR BIS JUNI.

MIT 31 ABBILDUNGEN IM TEXT.

LEIPZIG UND HAMBURG.
VERLAG VON LEOPOLD VOSS.
1911.



Druck der Druckerei-Gesellschaft Hartung & Co. m. b. H.
vorm. Richter'sche Verlagsanstalt, Hamburg.

Inhalt.

Originalabhandlungen.

(Die mit * bezeichneten bilden die Rubrik „Aus der Praxis".)

Versammlungen.

Fachzeitschriften.

Bücherbesprechungen.

Systematische Übersicht der Referate.

I. Allgemeines.

Anatomie und Physiologie der Haut.

Seite

Mikroskopie.

Bakteriologie.

Hygiene.

Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie der Haut.

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Haut.

II. System der Hautkrankheiten.

A. *Angioneurosen.*

B. *Entzündungen.*

I. Traumatische.

II. Neurotische.

III. Infektiöse.

1. Allgemeine Infektionskrankheiten.

a) Akute Exantheme.

b) Chronische Infektionskrankheiten.

α. Lepra.

β. Tuberkulose

γ. *Syphilis.*

2. Lokale Infektionskrankheiten.

A. *Oberhaut.*

B. *Cutis.*

C. *Progressive Ernährungsstörungen.*

a) Maligne.

b) Benigne.

c) Pigmentanomalien.

D. *Regressive Ernährungsstörungen.*

E. *Idioneurosen.*

F. *Sekretionsanomalien.*

G. *Saprophyten und Fremdkörper.*

H. *Miſsbildungen.*

III. Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

a) Allgemeines

b) Penis, Urethra, Blase.

c) Hoden und Samenbläschen.

d) Prostata.

e) Nieren, Ureteren, Harn.

f) Labien, Vagina usw.

g) Blennorrhoe und Komplikationen.

Verschiedenes.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 52. | No. 1. | 1. Januar 1911.

Die antiparasitäre Alkoholbehandlung des Ekzems.

Von

Sanitätsrat Dr. M. BOCKHART-Wiesbaden.

Die grofsen Fortschritte, die wir in den letzten zwei Dezennien in der Ekzembehandlung gemacht haben, verdanken wir hauptsächlich den therapeutischen Leistungen UNNAS. Für einen der wichtigsten dieser Fortschritte halte ich denjenigen, der aus UNNAS Theorie von der parasitären Natur des Ekzems entsprang, nämlich die antiparasitäre Ekzembehandlung. Die moderne Ekzemtherapie besteht in der Kombination von Gewebstherapie und antiparasitärer Therapie (UNNA).[1]

Für die antiparasitäre Ekzembehandlung können wir aus bekannten Gründen wässerige desinfizierende Lösungen nicht gebrauchen. Wir haben aber ein anderes, vortreffliches Mittel zu diesem Zweck, den Alkohol. UNNA hat ihn vor 30 Jahren in die Therapie der Hautkrankheiten eingeführt[2] und hat gezeigt, dafs fast sämtliche Kokken der Oberhaut durch diskontinuierliche Behandlung mit Alkohol vernichtet werden können. Seitdem wird er auch in der Ekzemtherapie angewandt, aber, soviel ich sehe, nicht allgemein und nicht so methodisch, wie es geschehen mufs, wenn er nützen soll.

Ich gebrauche ihn in der Ekzembehandlung seit zwölf Jahren, und zwar immer mit gutem, häufig mit überraschend günstigem Erfolg. Ich nütze seine Desinfektionskraft nach drei Richtungen hin aus: erstens zur Vernichtung der Ekzembakterien und ihrer Toxine auf der ekzemkranken Haut; zweitens zur Verhütung einer das Ekzem komplizierenden Pyodermitis (Impetigo staphylogenes, Furunkulose) im Bereiche der ekzemkranken Hautfläche und der angrenzenden gesunden Haut; drittens zur Verhütung von Rezidiven und zur Prophylaxe des Ekzems.

[1] UNNA, Pathologie und Therapie des Ekzems, Wien 1903, S. 77, und in MRACEKS Handbuch.

[2] UNNA, Der medikamentöse Äther- und Alkoholspray. *Berl. klin. Wochenschr.* 1882. Pathologie und Therapie des Ekzems, S. 76.

Die Anwendung des Alkohols erschien von vornherein empfehlenswert wegen seiner für den behandelnden Arzt unschätzbaren Eigenschaft, bei der Ekzembehandlung nicht zu schaden. Alle unsere Mittel zur Behandlung des Ekzems können unter gewissen Umständen schaden, nur der Alkohol nicht. Seine Anwendung hat natürlich auch ihre Kontraindikation: man soll ihn nicht gebrauchen, solange die ekzemkranke Hautfläche in erheblichem Maſse näſst oder erodiert ist, weil er dann intensiven, allerdings rasch vorübergehenden, aber für empfindliche Personen sehr unangenehmen Schmerz verursacht. Aber auch in einem solchen Falle, also in einem unrichtigen Augenblick angewandt, verschlimmert er niemals das Ekzem.

Ich desinfiziere mit Alkohol jede ekzemkranke Hautfläche und die angrenzende gesunde Haut in weitem Umfange vom Anfang der Behandlung an bis zur Heilung und auch noch längere Zeit nach der Heilung. Ich behandle so jedes Ekzem, das akute und das chronische, das seborrhoische und das nicht seborrhoische, einerlei in welcher Form es erscheint, auſser wenn es zu stark näſst oder wenn zu viele Erosionen vorhanden sind, also im allgemeinen nicht das Ekzema crustosum und madidans in seinem Höhestadium. Doch desinfiziere ich in solchen Fällen die angrenzende gesunde Haut um so sorgfältiger mit Alkohol, um das regionäre Fortschreiten des Ekzems und das Auftreten von Impetigopusteln und Furunkeln in der noch nicht kranken Haut zu verhindern. Ein geringer Grad von Nässen oder wenige Erosionen sind kein Hindernis für die Alkoholbehandlung, auch nicht die Kratzeffekte und Rhagaden des hyperkeratotischen und kallösen Ekzems und die Fissuren des palmaren und plantaren Ekzems. Wenn der Alkohol die der ekzemkranken Fläche benachbarte gesunde Haut zu sehr austrocknet und entfettet — was aber nicht häufig vorkommt —, dann kann man diese unerwünschte Nebenwirkung durch Einreibung von Öl oder Fett (Unguentum simplex oder leniens, natürlich nicht Vaseline) beseitigen ohne Verzicht auf die Alkoholbehandlung.

Ich verwende zur Alkoholbehandlung des Ekzems nicht den absoluten Alkohol, sondern in der Regel den 90%igen Spiritus, da der letztere die Hornschicht weniger austrocknet und ihr etwas weniger Fett entzieht als der erstere. Seltener, nämlich nur bei ungewöhnlich trockener und fettarmer Haut, gebrauche ich den verdünnten, 68%igen Spiritus. Ich lasse den Spiritus nicht als Spray auf die Haut wirken, wende ihn auch nicht als Alkohol-Dunstumschlag an, sondern ich lasse ihn mittels eines kleinen Wattebausches vorsichtig auf die Haut einreiben. Einige Minuten nach der Einreibung kann der noch nicht verdunstete Alkohol mit Watte entfernt werden.

Die ekzemkranke Fläche nnd in weitem Umfange die angrenzende gesunde Haut lasse ich zweimal täglich in dieser Weise desinfizieren, und

zwar immer unmittelbar bevor die der Gewebstherapie dienenden Heilmittel (Puder, Trockenpinselung, Salben, Teer usw.) auf die ekzemkranke Stelle gebracht werden.

Den Patienten ist diese diskontinuierliche Desinfektion mit Alkohol angenehm, weil der Alkohol das Jucken stillt. Ich habe den Eindruck, daſs diese Eigenschaft des Alkohols, die er ja hauptsächlich auch nur bei den parasitären Hautkrankheiten entfaltet, zum groſsen Teil auf seiner desinfizierenden, bakterientötenden Wirkung beruht. Ich schlieſse das aus folgender Beobachtung: Die am stärksten juckende Ekzemform ist bekanntlich das kallöse und verruco-kallöse Ekzem der Analgegend. Ich habe nun im Verlaufe von bakteriologischen Untersuchungen dieser Ekzemform gefunden, daſs man bei ihr eine viel gröſsere Menge von Staphylokokken findet als bei anderen Ekzemformen. In den Falten und Rhagaden der kallösen Schwielen findet man Staphylokokken in Reinkultur. Daneben manchmal auch andere Bakterien, Streptokokken und Colibazillen, ebenfalls in Reinkultur (Mischinfektion). Sobald man die kallösen Schwielen, namentlich die vielen feinen Falten und Rhagaden, vorsichtig und sehr sorgfältig mit Alkohol desinfiziert, hört sofort das Jucken für längere Zeit auf, und wenn man täglich mehrmals so desinfiziert, kann es während der ganzen Behandlung vollständig fortbleiben. Die Patienten kratzen alsdann nicht mehr und die Unterlassung des Kratzens befördert die Heilung der Hyperkeratose. So ist es mir unter anderen solchen Fällen gelungen, ein kallöses Analekzem, das mehr als 20 Jahre bestanden hatte und für unheilbar gehalten wurde und dessen Schwielen an manchen Stellen etwa 2—3 cm dick waren, lediglich durch Alkohol- und Teerbehandlung im Verlaufe von sechs Monaten zu heilen. Ich lieſs in diesem Falle dreimal täglich sorgfältig mit Alkohol desinfizieren und unmittelbar darauf eine Trockenpinselung mit einem Zusatz von 10—20% Liquor carbonis detergens auftragen. Nach sechs Monaten waren die Schwielen spurlos verschwunden. Während der ganzen Dauer der Behandlung juckte das Ekzem nicht mehr. Ein Rezidiv trat nicht ein (Heilung vor zwei Jahren). Es scheint mir also, daſs Unna[3] Recht hat, wenn er das andauernde Jucken der kallösen Ekzeme auf die Wirkung einer beständig tätigen parasitären Brutstätte zurückführt.

Ich habe den bestimmten Eindruck, daſs es durch diese Alkoholbehandlung gelingt, die Heilungsdauer der Ekzeme zu verkürzen. Auffallend günstige Erfolge sah ich von diesem Verfahren bei der Behandlung beginnender, nicht nässender Ekzeme. Kleine Flecke des Ekzema erythemato-squamosum und auch des Ekzema papulo-vesiculosum, wenn es nicht stark näſste, ferner beginnendes seborrhoisches Ekzem heilten unter Alkohol-

[3] Unna, Pathologie und Therapie des Ekzems, S. 134.

behandlung (natürlich in Verbindung mit anderen Mitteln) überraschend schnell.

Ganz besonders befriedigte mich diese Alkoholbehandlung durch ihre günstige Wirkung gegenüber der postekzematösen Furunkulose. Dieses lästige Übel erscheint gewöhnlich im Stadium der Abheilung eines Ekzems, sehr oft im Beginne oder im Verlaufe der Teerbehandlung. Die Furunkeln und die ihnen vorausgehenden Pusteln der Impetigo staphylogenes sitzen häufiger am Rande der ekzemkranken Fläche als innerhalb ihres Bereiches. Nicht selten erscheinen sie auch jenseits der Grenze des Ekzems in der sonst gesunden Haut. Die Teerbehandlung selbst vermehrt die Disposition der kranken und der angrenzenden gesunden Haut zur Furunkulose, weil, wie Sabouraud[4] und Unna und Bloch[5] mit Recht bemerken, der Teer die Follikelmündungen mit neuer, fester Hornschicht verstopft und dadurch die schon vorher in die Follikeltrichter gelangten Eiterkokken mit dem Optimum von Feuchtigkeit und Temperatur versieht. Seit ich den Alkohol in der Ekzembehandlung konsequent und methodisch anwende — dazu gehört auch die Desinfektion der an die ekzemkranke Stelle grenzenden gesunden Haut —, seitdem sehe ich keine postekzematöse Furunkulose und überhaupt keine das Ekzem komplizierende Pyodermitis mehr.

Nach der Heilung des Ekzems lasse ich die früher kranke Hautfläche noch monatelang einmal täglich mit Alkohol desinfizieren. Ich halte das für das beste Mittel zur Verhütung von Rezidiven und ich habe davon in der Tat die erwartete gute Wirkung überall da gesehen, wo die Alkoholdesinfektion genau nach meiner Vorschrift angewandt wurde. Leider vernachlässigen die Patienten nach der Heilung ihres Ekzems häufig diese prophylaktische Behandlung. Dafs der Alkohol ein wichtiges Mittel zur Prophylaxe des Ekzems ist, haben Neisser[6] und Unna[7] schon lange betont. Für besonders wichtig halte ich auch die prophylaktische Alkoholdesinfektion der Haut bei den von Unna so genannten präekzematösen Dermatosen.[8] Ich lasse die Haut des Unterschenkels bei Varicen, die Haut in der Umgebung des Afters bei Hämorrhoiden und die an Geschwüre, Rhagaden und Fissuren grenzende gesunde Haut täglich mit Spiritus desinfizieren. Ferner verwende ich mit grofsem Nutzen diese Alkoholdesinfektion bei der Behandlung der Intertrigo, der Hyperhidrosis und bei der prophy-

---

[4] Sabouraud, Etude clinique et bactériologique de l'impétigo. *Annales de dermat. et de syph.* 1900. S. 85.

[5] Bloch, Die Praxis der Hautkrankheiten. 1908. S. 535. Unna, Die Histopathologie der Hautkrankheiten. 1894. S. 100.

[6] Neisser und Jadassohn, Krankheiten der Haut, im Handbuch der praktischen Medizin von Ebstein und Schwalbe. 1901. S. 115.

[7] Unna, Pathologie und Therapie des Ekzems, S. 78.

[8] Unna, l. c., S. 86.

laktischen Behandlung der Gewerbeekzeme. Immer natürlich in Verbindung mit anderen, der Gewebstherapie dienenden Mitteln. Eventuell auch in Verbindung mit Einreibungen von Fett, wenn der Alkohol die gesunde Haut zu sehr austrocknet.

Der Gedanke lag nahe, statt des reinen Spiritus eine spirituöse Lösung anderer Desinfektionsmittel zur antiparasitären Behandlung des Ekzems zu verwenden. Ich habe zu diesem Zwecke Resorcin-, Salicyl- und Karbolspiritus versucht. Jedoch mit schlechtem Erfolg. Die Nebenwirkungen dieser spirituösen Lösungen waren so unerfreulich, dafs ich die Versuche mit ihnen bald aufgab. Auch Äther und Benzin konnte ich zur diskontinuierlichen Desinfektion der Haut nicht gebrauchen, da sie zu sehr entfettend wirkten.

Ich suchte auch festzustellen, ob die bekannte neue Methode der Hautdesinfektion nach Grossich der antiparasitären Ekzembehandlung dienstbar gemacht werden könnte. Die Wirkung der Grossichschen verdünnten Jodtinktur setzt sich offenbar zusammen aus der desinfizierenden Wirkung des Alkohols und der des Jods. Ich gebrauchte eine 10%ige Lösung von Jodtinktur (Tinctura Jodi 10, Alcohol 90). Mit dieser verdünnten Jodtinktur pinselte ich sechs Ekzemkranken einmal täglich oder einmal in zwei Tagen die an die ekzemkranke Fläche grenzende gesunde Haut ein. Zwei dieser Kranken vertrugen die Jodpinselung sehr gut, der eine drei Wochen, der andere sechs Wochen lang, bis nach der Heilung des Ekzems. Der Effekt war ebenso gut wie der einer Desinfektion mit reinem Spiritus. Die vier anderen Kranken jedoch bekamen nach einer Anzahl von Einpinselungen (nach 8—15) eine leichte Joddermatitis. Diese verschwand schnell, nachdem die Desinfektion mit Jodtinktur durch Alkoholbehandlung ersetzt worden war. Zur Desinfektion der gesunden Haut des Ekzemkranken eignet sich also die verdünnte Jodtinktur wohl nicht. Zur diskontinuierlichen Behandlung der eigentlichen ekzemkranken Fläche habe ich sie natürlich gar nicht versucht. Dagegen habe ich den Versuch gemacht, die verdünnte Jodtinktur zur Abortivbehandlung eines eben entstandenen Ekzems zu benutzen. Da dieser Versuch ein interessantes Resultat ergab, so will ich ihn hier mitteilen: Ein Arzt, der schon früher an Ekzem der Hände gelitten hatte, bekam anfangs April 1910 ein Ekzema erythemato-squamosum des rechten Handrückens, das aus mehreren roten, schuppenden und stark juckenden Flecken bestand. Ende April zeigte sich auch auf dem linken Handrücken ein ebensolcher, stark juckender Ekzemfleck. Am 2. Mai 1910 sah ich den ekzemkranken Kollegen. Aufser den Ekzemflecken auf dem rechten Handrücken fand ich auf der Mitte des linken Handrückens einen markstückgrofsen, wenig erhabenen, roten, schuppenden, sehr zerkratzten Ekzemfleck. Auf Veranlassung des Kollegen versuchte ich, diesen letzteren Ekzemfleck,

der noch nicht lange bestand, mit verdünnter Jodtinktur abortiv zu behandeln. Er wurde am 2. Mai mit verdünnter Jodtinktur und eine Stunde später mit einer trocknenden Zinkmischung (Zinc. oxydat., Talc. venet., Glycerin, Aq. dest. āā) eingepinselt. Am folgenden Tage hatte sich der Ekzemfleck auffallend verändert; er war intensiv rot, bedeutend mehr gerötet als zuvor, aber er schuppte und juckte nicht mehr. Das vorher starke Jucken war sogleich nach der Einpinselung mit Jodtinktur vollständig verschwunden und war nicht wiedergekehrt. Es war aber auch nicht die Empfindung des Brennens aufgetreten: der Kranke fühlte diesen Ekzemfleck nicht mehr. An Umfang hatte er nicht zugenommen, Bläschen oder nässende Stellen waren nicht entstanden. Im Bereiche der ekzemkranken Fläche hatte nach der Einpinselung mit Jodtinktur die Parakeratose offenbar abgenommen, die Akanthose und Spongiose war, wie es schien, nicht vermehrt worden. Aber unter der kranken Oberhaut war eine Dermatitis entstanden, die die Ursache der intensiven Röte war. Des Versuches wegen beschlossen der Kranke und ich, jede anderweitige Behandlung des Ekzemflecks zu unterlassen. Nur enthielt sich der Kranke des Waschens der linken Hand, um den Ekzemfleck dadurch nicht zu irritieren. Am 7. Mai hatte der Ekzemfleck noch das nämliche Aussehen wie am 3. Mai und zeigte keine Spur von Jucken oder Brennen. Am 7. Mai wurde er zum zweiten Male mit verdünnter Jodtinktur und dann mit der genannten Zinkmischung eingepinselt. Er veränderte sich daraufhin nicht weiter, sondern blieb lebhaft rot, nicht schuppend und durchaus nicht juckend bis zum 16. Mai. Von diesem Tage an nahm die Röte allmählich ab und am 30. Mai war der Ekzemfleck verschwunden unter Hinterlassung einer gelblichen Pigmentierung. Von der ersten Einpinselung mit Jodtinktur an bis zur Heilung hatte der Ekzemfleck nicht gejuckt. Er war mit nichts anderem behandelt worden als mit zwei Einpinselungen von verdünnter Jodtinktur und je einer nachfolgenden Trockenpinselung. Die Ekzemflecke der rechten Hand wurden mit Alkohol und Liquor carbonis detergens behandelt und waren Ende Mai ebenfalls geheilt. Die Abortivbehandlung des Ekzemflecks der linken Hand war zwar nicht geglückt, aber dieser Ekzemfleck war doch durch eine höchst einfache und ganz minimale Behandlung geheilt worden.

Ich will nicht auf Grund dieses einen Falles eine solche Behandlung frischer, kleiner, nicht nässender Ekzemflächen empfehlen, denn der Versuch könnte ein anderes Mal vielleicht viel weniger gut ablaufen. Ich will aber auf folgendes Ergebnis dieses Experimentes hinweisen: Das Jucken hörte sofort nach der Einpinselung mit Jodtinktur vollständig und dauernd auf. Die Jodtinktur wirkt stark desinfizierend und ruft Dermatitis hervor. Die Dermatitis kann nicht das Jucken beseitigt haben. Das Jucken kann also nur durch die antiparasitäre Wirkung der Jodtinktur

zum Verschwinden gebracht worden sein. Dann aber war das Jucken von den auf der ekzemkranken Haut angesiedelten Ekzembakterien, den Staphylokokken, hervorgerufen worden, oder vielmehr, wie ich vor zehn Jahren mit BENDER und GERLACH experimentell nachgewiesen habe,[9] durch das Staphylotoxin, das ich für die direkte Ursache des Ekzems halte.[10] In dem soeben beschriebenen Ekzemfalle war nach der Vernichtung der Staphylokokken, der Ekzemerreger, natürliche Selbstheilung eingetreten, die man nach der Entfernung der Krankheitsursache erwarten mufs. Ob die Joddermatitis diese Selbstheilung befördert oder verzögert hat, ist nicht leicht zu entscheiden.

Dieses kleine Experiment scheint mir ein deutlicher Beweis für die Richtigkeit der UNNAschen Theorie von der parasitären Natur des Ekzems zu sein. Der Zeitpunkt ist wohl nicht mehr allzu fern, wo diese Theorie des Hamburger Meisters, die früher so lebhaft bekämpft wurde, allgemein anerkannt sein wird. Den grofsen Wert, den sie für die Praxis, für die Ekzemtherapie, schon jetzt hat, kann man aus der guten Wirkung der antiparasitären Alkoholbehandlung des Ekzems erkennen. Es ist noch nicht lange her, seit wir Ekzeme mit Absicht antiparasitär behandeln. Die Alkoholbehandlung gehört zu den ersten Versuchen in dieser Richtung. Nachdem die Gewebstherapie des Ekzems auf eine so hohe Stufe der Vollendung gebracht worden ist, wird man nun in Zukunft auch die antiparasitäre Ekzembehandlung vervollkommnen müssen. Vielleicht wird man zu dem Zweck auch einen Weg einschlagen, den WASSERMANN[11] neulich angedeutet hat und der durch die Wirkung der immunisierenden Stoffe der Staphylokokken zu einer lokalen Immunität der Epidermiszellen gegen diese Kokken führen würde.

---

[9] BENDER, BOCKHART und GERLACH, Experimentelle Untersuchungen über die Ätiologie des Ekzems. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1901.

[10] BOCKHART, Untersuchungen über die parasitäre Natur des Ekzems und über das Staphylotoxinekzem. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1901.

[11] WASSERMANN, Über den Einflufs des Spezifizitätsbegriffs auf die moderne Medizin. *Dtsch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 40.

Beitrag zur Behandlung der Blennorrhoe.

Von

Dr. L. Leistikow-Hamburg.

Die Bestrebungen, die moderne Therapie des Trippers zu verbessern, beruhen hauptsächlich darauf, die zur Behandlung benutzten Medikamente in möglichst langem Kontakt mit der Schleimhaut zu lassen. Allseitig wird empfohlen, bei akuter männlicher Blennorrhoe die Injektionsflüssigkeit 5—10—20 Minuten in der Harnröhre zu halten. Alle Spülmethoden, auch die Janetsche, dienen dem gleichen Zweck. Trotzdem gelingt es in einer grofsen Zahl von Fällen nicht, das Fortschreiten der akuten Blennorrhoe zu verhindern oder chronische Erkrankungen zu beseitigen.

Je länger man aber ein Medikament auf die Schleimhaut einwirken läfst, je günstiger sind nach meiner Erfahrung die Heilerfolge. Es lag deshalb der Gedanke nahe, als Träger für die zur Blennorrhoebehandlung unentbehrlichen Mittel ein Vehikel zu finden, das sich möglichst langsam, gleichmäfsig und vollständig in der Harnröhre auflöst, die Resorption des in ihm inkorporierten Medikaments möglichst begünstigt und jeden unerwünschten Reiz ausschliefst.

Am nahesten kommt dieser Forderung die Antrophore, die bekanntlich aus einer Metallspirale besteht, die mit einer Gelatineschicht umgeben ist, welche die Arzneistoffe gelöst enthält. Doch ist der therapeutische Effekt nur gering, da die Gelatine nicht, wie vielfach behauptet wird, die Resorption begünstigt, sondern sogar hindert. Dazu kommt der Nachteil, dafs die Metallspirale die Schleimhaut reizt, trotzdem sie durch einen Überzug von unlöslicher Gelatine geschützt ist.

Ebenso haben diejenigen Urethralstäbchen, deren Grundmasse aus einer Fettmischung, gewöhnlich aus Butyrumcacao besteht, den Nachteil, dafs die in ihnen enthaltenen Arzneistoffe von dem Fett tröpfchenartig umhüllt werden und ihr Einwirken auf die Schleimhaut erschwert wird; zu tadeln ist ferner, dafs die Stäbchen in der Wärme zwischen den Fingern leicht schmelzen und in der Kälte leicht brechen. Auch die von Benario empfohlene Protargolgelatine und das Karosche Tuboblennal lösen sich zu schnell und ihre Resorbierbarkeit scheint nach meiner Erfahrung nicht besonders grofs zu sein. Ein Vehikel, das allen oben angegebenen Anforderungen am besten gerecht wird, ist die Grundmasse der Unnaschen Pastenstifte. Sie besteht aus Wasser, Stärke, Zucker und Dextrin, ist hart und wasserlöslich. Die Pastenstifte mit Arsen, Sublimat, Jodoform

und Pyrogallussäure haben sich in der Therapie der Hautkrankheiten bewährt. Der Firma Beiersdorf in Hamburg ist es gelungen, aus der Grundmasse der Pastenstifte geeignete Stäbchen für die Behandlung der Blennorrhoe herzustellen. Zusatz von Glycerin gibt ihnen eine weichere Konsistenz. Die Mengenverhältnisse der Einzelbestandteile dieser Grundmasse wechseln etwas, je nach Art und Menge der zugesetzten Arzneistoffe und der Jahreszeit. Die richtig zusammengesetzte Masse wird durch Kneten sehr plastisch und läfst sich dann bequem in Stäbchen von der gewünschten Dicke und Länge — 2 bis 4 mm und 10 bis 18 cm — ausrollen. An einem Ende werden diese Stäbchen wie ein Krückstock umgebogen, um bei der Anwendung einen Griff für die Einführung in die Harnröhre zu haben. Vor dem Gebrauch werden die Stäbchen am besten in heifses Wasser getaucht, um die Oberfläche schlüpfrig und keimfrei zu machen; nach dem Herausziehen aus dem heifsen Wasser kühlen sie so schnell ab, dafs sie sofort in die Harnröhre vom Patienten eingeführt werden können. Eine besondere Sterilisation vor dem Gebrauch ist nicht notwendig, da die Stäbchenmasse sterilisiert ist. Etwaige auf der Oberfläche befindliche Keime werden durch Eintauchen in heifses Wasser vor dem Gebrauch vernichtet oder fortgeschwemmt. Reagenzglasversuche über die Löslichkeit der Stäbchen in Wasser von Bluttemperatur haben ergeben, dafs sie selbst nach Monaten sich innerhalb 20 bis 30 Minuten allmählich und gleichmäfsig lösen; die in ihnen enthaltene Stärke bleibt in der Lösung zum Teil suspendiert, zum Teil sinkt sie zu Boden. In der Harnröhre lösen sie sich noch langsamer, so dafs ihre Arzneistoffe zu nach und nach ansteigender Wirkung kommen. Die Stärkekörnchen beeinträchtigen die Wirkung nicht; sie werden bei der Miktion glatt herausgeschafft.

Zur Anwendung sind bisher gekommen Stäbchen mit Argonin (1 %), Albargin (0,75 %), Argent. nitric. (0,2—2 %), Protargol (0,2 %), Ichthargan (0,1—0,5 %), Zinc. sulfuric. (0,5 %). Wie aus den bisherigen Versuchen hervorgeht, halten sich die Stäbchen monatelang unzersetzt; nur die Stäbchen mit Silbersalzen färben sich mit der Zeit an der Oberfläche mehr, im Innern weniger dunkel, jedoch ohne an Wirksamkeit einzubüfsen.

Die Stäbchen werden mit den gebräuchlichen Zusätzen in den Längen von 10 und 18 cm in Gläsern zu zehn Stück vorrätig gehalten. Sie führen die Bezeichnung: Gonostyli mit Zusatz des Namens des verlangten Arzneistoffes, z. B. Gonostyli Ichthargani 0,5 %. Die zu ihrer Lösung erforderliche Feuchtigkeit entziehen die Gonostyli der Schleimhaut. Im endoskopischen Bilde kann man sich leicht davon überzeugen, dafs die Masse in innigsten Kontakt mit den Schleimhautfalten kommt.

Ich habe die Stäbchen in 130 Fällen männlicher und 15 Fällen weiblicher Urethritis blennorrhoica angewendet. In akuten Fällen der ersteren bevorzuge ich die Behandlung mit Injektionsflüssigkeiten in der

ersten bis zweiten Woche. Ich lasse zunächst täglich stündlich nur 5 ccm der bekannten Resorcin- (2%) und Zinc. sulfurcarbolic.- (1%) Lösung injizieren und erreiche damit ein schnelles Übergehen der eitrigen in die schleimige Entzündung. Sobald letztere eingetreten ist, lasse ich täglich drei- bis viermal mit dieser Lösung injizieren und jeden Abend vor dem Schlafengehen ein Silbersalzstäbchen einführen. Am häufigsten benutzte ich 0,5% Ichthargan-Gonostyli. Um das Herausfließen der Stäbchenmasse zu verhindern, ist Verschluß des Orificium urethrae durch kleine Leukoplaststreifen nötig. In der vierten Woche höre ich mit der Injektionsbehandlung auf und wende die Gonostyli allein an. Im terminalen Stadium lasse ich nur noch dreimal wöchentlich die Gonostyli einführen. Die Gonokokken im Sekret verschwinden meist nach kurzer Anwendung der Gonostyli schnell. Überraschend waren die Erfolge bei der weiblichen Urethritis durch die Behandlung mit 0,5% Ichthargan-Gonostyli und 1—2% Arg. nitr.-Gonostyli. Hier gelang es meist, in 14 Tagen durch tägliches Einführen derselben Heilung zu erzielen. Reizerscheinungen wurden niemals von mir beobachtet. Ganz besonders günstig waren die Resultate der Behandlung bei mit akuter Epididymitis komplizierter Urethritis posterior. Schon nach kurzem Auftreten der Nebenhodenentzündung, die ich lokal mit warmen Umschlägen und den von PHILIP empfohlenen Ichthyoleinreibungen behandele, lasse ich die 18 cm langen Gonostyli einführen. Sowohl die Urethritis posterior, wie die Nebenhodenschwellung weichen prompt und schnell bei dieser Behandlung. Ich glaube, der Stäbchenbehandlung im subakutem Stadium der Epididymitis vor den üblichen Irrigationen und Instillationen den Vorzug geben zu müssen.

Bei Behandlung der chronischen Blennorrhoe des Mannes (80 Fälle) wird selbstverständlich die übliche Behandlung mit Sonden, Dilatatoren, Spülungen, Spüldehnern, Ätzungen und Instillationen nicht unterlassen; doch unterstützt die allabendliche Einführung der Gonostyli durch den Patienten die Besserung und Heilung in bedeutendem Maße. Ich möchte deshalb den Herren Fachkollegen und Gynäkologen die neuen Gonostyli zur Behandlung der Blennorrhoe zur Nachprüfung dringend empfehlen.

Versammlungen.

Berliner Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 8. und 22. November 1910.

Originalbericht von Dr. FELIX PINKUS-Berlin.

Diese beiden Sitzungen brachten den Anfang der Mitteilungen über **bisherige Erfahrungen mit EHRLICH-HATA 606.**

1. E. LESSER berichtete über fast 300 Fälle, vorzugsweise mit alkalischer Lösung (Lösung in einigen Kubikcentimeter Wasser, Ausfällung und Wiederauflösung mit

Normalnatronlauge) in Dosen von 0,5 und 0,6 intramuskulär behandelt. Die Heilwirkung war, besonders in malignen und ulcerösen Fällen, sehr gut, Nebenerscheinungen (einmal scarlatiniformes Exanthem nach Angina und Fieber) selten und ohne Bedeutung. WASSERMANNsche Reaktion wurde bei mehr als der Hälfte der Männer, aber nur bei wenig Frauen, im Durchschnitt nach 32 Tagen, negativ. Rezidive wurden zwölf beobachtet, am spätesten nach ALTscher Lösung, schnell nach Paraffinemulsion. Völlige Sterilisierung des Körpers erfolgt nicht durch einmalige Einspritzung; diese ist nur als Ersatz einer Hg-Kur zu betrachten und der Syphilisverlauf geradeso genau weiter zu verfolgen wie bisher.

2. ALT-Uchtspringe teilt seine Erfahrungen namentlich mit Tabes und Paralyse mit, bei denen er in einzelnen Fällen grofse Besserungen gesehen hat. Namentlich sind sie bei beginnender Tabes unverkennbar, beeinflufst werden Ataxie, Tremor, Lichtreaktion, Patellarreflexe, Blasenstörungen. Da Herz- und Gefäßerkrankungen fast immer zugleich vorhanden sind, ist die Gefahr der Injektion nicht ganz klein. Grofs ist sie bei spastischer Paralyse mit Neigung zu paralytischen Anfällen, welche leicht durch die Reaktion auf die Einspritzung ausgelöst werden. Bei Taboparalyse sind die Besserungen oft bedeutend. Weit gröfser aber bei paralyseähnlichen Erscheinungen, die vor dem zwölften Jahre post infectionem auftreten und die nie wahre Paralyse sind, sondern auf Hirnlues deuten. Bei Hirnlues findet man in 40% keine positive WASSERMANNsche Reaktion; bei Tabes in 30% keine W +. Nach Injektion von 0,15 erhält man zuweilen W +, die dann wieder zum Schwinden gebracht werden kann. Die positive Reaktion solcher Fälle wird oft und langdauernd durch 606 negativ. Auch bei Epilepsie gibt es viel W +, die in 50% nach 606 negativ wird. Mehr als 0,4 wird selten verwendet.

3. HOPPE-Uchtspringe widerrät die saure Lösung und namentlich die Emulsionen, in deren Infiltraten bis 2/3 der eingespritzten Arsenmenge wiedergefunden werden kann. Die alkalische Lösung kann durch Zusatz von reinstem Olivenöl, besser durch Lecithinöl (Clin) erheblich abgestumpft und unempfindlicher gemacht werden. Vorzuziehen ist aber die intravenöse Injektion, die gar nicht so sehr rapide den Körper verläfst: im Blut ist das Arsen drei bis vier Tage lang nachweisbar, in Leber und Knochenmark findet man noch nach zehn Tagen Spuren. Das Nervengewebe besitzt keine besondere Affinität zum Arsen, nach drei Tagen ist es schon nicht mehr im Gehirn und im Rückenmark nachweisbar. Die grofse Beeinflussung des Stoffwechsels zeigt sich durch Vermehrung der Harnsäure nach der Injektion um das drei- bis vierfache (Gefahr des Gichtanfalls). Leucin und Tyrosin wurden in den Ausscheidungen nicht gefunden.

4. SCHREIBER-Magdeburg injiziert nur noch intravenös. Beobachtungsmaterial 885 Fälle. Die Reaktionserscheinungen sind gering, das Fieber wohl von der Zerstörung des Luesvirus abhängig, da es bei Wiederholung der Einspritzung fehlt. Bei Tabes erscheint die Temperaturerhöhung nicht sofort, sondern oft erst am zweiten oder dritten Tage. Bei der Heilung syphilitischer Eruptionen wurden vollkommene Mifserfolge nie beobachtet, öfters aber Stillstand in der Abheilung, worauf dann die Einspritzung wiederholt wurde. Ebenso wurde die Injektion wiederholt, wenn sich nach vier Wochen noch W + fand. Die zweite Injektion machte meistens W —. Auch dritte Injektionen (dreimal gemacht) wurden anstandslos ertragen. Bisher hat S. nur ein Rezidiv selbst gesehen.

5. SCHINDLER kündet neue Suspensionsformen des Mittels an, an welchen er arbeitet.

6. O. ROSENTHAL bespricht seine Heilerfolge, mit denen er — wenn auch nicht ausnahmslos — zufrieden ist. Er hat einige fast ganz refraktäre Fälle beobachtet,

unter anderen auch Ausnahmen von den Erfahrungen, dafs hereditärsyphilitische Kinder durch Ernährung von eingespritzter Mutter gesundeten. Er rät zu sehr genauer Beobachtung und Vergleich mit unseren bisherigen Erfolgen bei Arsen- und namentlich Quecksilberbehandlung, welche seit Anwendung der Blutuntersuchungen eine früher unbekannte exakte Basis erhalten haben, und hofft auf grofse Erfolge der neuen Therapie, die aber bisher noch zu kurze Zeit im gange ist, um endgiltige Urteile zu fällen.

7. J. Bloch beantragt im Beginn der zweiten Sitzung, die Fortführung der Erörterungen so lange aufzuschieben, bis das Mittel allen Ärzten zugänglich ist und die Erfahrungen allgemein geworden sind. Der Antrag wird von der Gesellschaft nicht angenommen und die Diskussion weitergeführt.

8. Bruhns stellt in erste Reihe den Vergleich mit der Hg-Behandlung, die trotz ihrer augenblicklichen Erfolge nicht imstande ist, prophylaktisch vor schweren Späterscheinungen zu schützen, wie die Statistiken der Lebensversicherungsgesellschaften ergeben (jeder vierte bis fünfte Mensch stirbt an seiner Syphilis). Er hat fast 100 Fälle behandelt, alle mit den verschiedenen Methoden perkutan. Die Wirkung war gut, wenn auch nicht überraschend schnell; nur tertiäre Lues ergab schnellere Wirkung als sie von Hg und Jod zu erwarten war. Die Dosen überstiegen nicht 0,6. Rezidive sind selten. Dabei mufs im Vergleich berücksichtigt werden, dafs bei Hg-Behandlung stets Rezidive zu erwarten sind und nur 1/4 der Fälle nach der ersten Kur drei Monate lang rezidivfrei bleibt. W wurde in fast der Hälfte negativ, doch bedeutet das nicht ohne weiteres Heilung, da trotz W — zwei Rezidive auftraten. Es ist zu erwarten, dafs die Anwendung sehr allgemein werden wird, namentlich in Verbindung mit Hg-Behandlung, womit freilich die Beurteilungsmöglichkeit aufhört. Vorzugsweise Indikationen werden Primäraffekte und tertiäre Lues namentlich innerer Organe bilden, sowie Refraktärsein gegen Hg.

9. Blaschko hat in allen Stadien der Syphilis oft überraschend gute Heilresultate gehabt, in anderen Fällen keine schnellere Heilung als mit Hg, in wieder anderen Versagen oder unvollkommene Wirkung. Rezidive sind häufig und erscheinen schneller als nach der Hg-Kur, sind zuweilen auch schwerer. Im ganzen wurden etwa 100 Fälle behandelt. In einem Fall traten 14 Tage nach der Injektion Sehstörungen und einseitige Stauungspapille ein, die unter Hg-Einspritzungen zurückgingen. Die Idee, dafs das Mittel im Auge und im Nervensystem einen Locus minoris resistentiae habe, ist voreilig. Z. B. ist nie der bei As-Behandlung häufige Zoster bisher beobachtet worden (allerdings gewöhnliche Herpeseruptionen). Die Wirkung geht schnell vorüber. Die Applikationsform hat keine wesentlichen Einflüsse auf die Wirkung, saure, neutrale, alkalische Zubereitung machen alle drei Nekrosen (Demonstration am Kaninchenmuskel). Je kleiner die Nekrosen sind, desto leichter können sie resorbiert werden, deshalb ist die Verteilung der Einspritzungsmasse auf verschiedene Stellen ratsam. Zur Emulsion ist wasserfreies Vasenol empfehlenswert. Bl. geht sodann auf die Erklärung der Wirkung ein. Von arsenfesten Stämmen der Spirochäten darf man beim Menschen nicht sprechen, ohne eine gröfsere Infektionsreihe gesehen zu haben, dies wird beim Menschen wohl nie möglich sein. Wo Hg nicht wirkt, sieht man zuweilen aufserordentliche Wirkungen. Die Besserung des Allgemeinzustandes und Körpergewichts ist höchst bedeutend. Die Frage nach den schädlichen Nebenwirkungen ist noch nicht endgiltig zu beantworten. Als Indikation ist anzusehen, wo Hg nicht gewirkt hat, wo es nicht vertragen wird, wo schnelle und gehäufte Rezidive nach Hg eintreten, wo bei kachektischen Individuen der Boden für eine Hg-Kur vorbereitet werden soll. Im ganzen kennen wir das Mittel noch nicht ausreichend. Es ist deshalb noch nicht einfach als Syphilisheilmittel in der Praxis zu empfehlen. Ob es als intermittierende Behandlung bei latenter Lues zu benutzen sei, ist noch nicht zu sagen.

10. J. Citron fand, daſs frische Fälle und Fälle, bei denen von Jod und Hg eine Heilung zu erwarten war, auch von 606 günstig beeinfluſst worden. Ob auch andere Fälle gebessert werden, läſst sich noch nicht sagen. Bei Tabes, namentlich in frühem Stadium, sieht man Besserungen. Über Herzfehler, die ja auch meist nicht als reparable Krankheiten, sondern als Folge mechanischer, nicht besserungsfähiger Veränderungen erscheinen, ist nichts Gutes und nichts Schlechtes zu sagen. Bei latenter Lues (von C. als Lues asymptomatica activa benannt, bei Angehörigen von Syphilitischen durch die positive Wassermannsche Reaktion entdeckt, und fähig, andere zu infizieren und die Krankheit zu vererben) erhält man, wie mit Hg, auch mit 606 W —, aber in angenehmerer Form. Zwei Fälle, die eingespritzt waren, kamen nach einiger Zeit zur Sektion. Der eine hatte eine alte vernarbte syphilitische Leber, seine Stauungserscheinungen waren unbeeinfluſst geblieben, schädliche Wirkung war auch nicht zu sehen. Der andere war eine akute gelbe Leberatrophie, die auch unbeeinfluſst blieb. Citron findet, daſs Patienten mit W + mit höherem Fieber auf die Injektion reagieren. Die Umwandlung einer negativen in eine positive Reaktion hat er bei 606 so wenig gesehen wie bei Quecksilber.

11. Heller hat unter 48 Fällen zehn auffallende Heilresultate; auch ein Angiosarkom der Zunge heilte. Er hat drei Rezidive (einmal bei Lues III) gesehen; einmal ein Erythema multiforme bei maligner Lues, die übrigens sehr schnell abheilte.

12. M. Friedlaender findet bei Hg-Behandlung 100 % Rezidive, bei 606 15 bis 25 %. Als unangenehme Nebenerscheinungen hat er Nekrosen zuweilen gesehen, dabei aber unerhörte Heilerfolge gehabt. Zahl der Fälle etwa 200. Jeder Fall braucht seine Dosis, einer mehr, einer weniger, man kann nicht gerade sagen, viel hilft viel. Es gibt Fälle, die auf Hg besser heilen, und solche, die auf 606 besser heilen. Intravenöse Injektion soll nur unter Umständen gemacht werden; am bequemsten ist 0,1 wöchentlich, im ganzen drei bis fünf Injektionen.

13. W. Friedländer hat besonders schwere Fälle für die Behandlung ausgesucht. Seine Ergebnisse sind sehr gut. Das Mittel wirkt nicht organotrop, sondern spirillotrop. Er empfiehlt, Thiosinamin- oder Fibrolysininjektionen zu machen, die das Bindegewebe um die Nekrosen lösen und dem nicht resorbierten Stoff die Aufsaugung ermöglichen sollen.

Russische Syphilidologische und Dermatologische Gesellschaft Tarnowsky zu St. Petersburg.

Sitzung vom 16. (29.) Januar 1910.

Originalbericht von Dr. Leo Ehrlich-St. Petersburg.

1. Jelzina stellt einen Fall mit **extragenitaler Syphilis** vor; es handelt sich um eine Amme mit Sklerose der rechten Mamilla; die Patientin wurde bei Stillung kranker Kinder, welche ihre Syphilis von einer syphilitischen Wärterin akquiriert haben, infiziert.

2. Solowieff zeigt: 1. einen Fall von **Favus** der behaarten Kopfhaut, welchen er mit $^1/_2$ %—2 %igen Kollargolumschlägen ohne Epilation behandelt und gute Resultate erzielt hat; 2. einen Fall von Folliklis der Extremitäten, der mit Lichen scrofulosorum der Rückenhaut vergesellschaftet ist.

Diskussion: Pawloff fragt bezüglich des ersten von S. vorgestellten Falles, ob vor der Behandlung eine genaue mikroskopische Untersuchung vorgenommen worden ist, da das klinische Bild eher an Trichophytia erinnert, auſserdem interessiert sich der Opponent, ob S. diesen Fall als vollständig geheilt betrachtet?

Solowieff erwidert, dafs trotzdem die typischen Scutula fehlten und nur eine flache Schuppung wahrzunehmen war, dennoch die bakterioskopische und bakteriologische Untersuchung ein typisches Favusbild ergab; was den Erfolg der Behandlung anbetrifft, so meint der Referent, dafs man den Fall als geheilt betrachten könne, da im Laufe der letzten vier Wochen mikroskopische Untersuchung negative Resultate ergab und die Haare jetzt sehr gut wachsen.

Jawein interessiert sich, in wie viel Fällen S. derartig günstige Resultate bei Favus mit seiner Kollargolbehandlung erzielt hat; er weist namentlich darauf hin, dafs man auf seiner Abteilung in dem Militärspital nicht selten Favuskranke zu sehen bekommt, welche nach 5—6—9 monatlicher, sehr sorgfältiger Röntgenbehandlung als geheilt entlassen werden, dann aber wieder nach ein paar Monaten ins Spital mit einem Rezidiv zurückzukehren pflegen.

Solowieff erwidert, dafs ihm seine Kollargolmethode bei Favus sehr gute Resultate zu leisten pflegt, sowie auch die Behandlung mit der von ihm modifizierten Wilkinsonschen Salbe, worauf er noch genauer bei Gelegenheit eingehen wird.

3. Petersen zeigt: 1. einen Fall von **Lupus erythematodes** mit zwölfjähriger Krankheitsdauer; aufser der Nasenhaut ist auch die Wangen- sowie die Lippenschleimhaut affiziert; am interessantesten sind aber hier die kranken Stellen an der behaarten Kopfhaut; diese atrophischen, absolut glatten, äufserst blassen Narben erinnern eher an eine Alopecia areata und wäre nun auch die Diagnose nicht leicht möglich, wenn die oben erwähnten typische Veränderungen der Nasenhaut und der Mundschleimhaut nicht vorhanden wären; 2. ein **pathologisch-anatomisches Präparat** von einem letal ausgegangenen **Pemphigusfall;** es handelt sich um Pemphigusulcerationen an der Magenwand, was, — so weit es dem Vortragenden bekannt ist, — bis jetzt noch nicht beschrieben worden ist.

Petersen hält einen Vortrag: „**Über die Untersuchung der Mikroorganismen nach dem Burrischen Verfahren**" (erscheint).

Terebinsky hält einen Vortrag: „**Über eine neue Anomalie der Verhornung — Hypokeratosis**" (erscheint).

Sitzung vom 20. Februar (5. März) 1910.

1. Solowieff zeigt: 1. eine Fall von **Folliklis**; 2. einen Fall von **Ichthyosis der Gesichtshaut** und Extremitäten mit gleichzeitiger umschriebener **Alopecie der** Kopfhaut unbekannter Natur; bei sehr sorgfältiger Haaruntersuchung sind keine Pilze nachgewiesen worden; 3. einen Fall mit **multiplen, kleinen, braun gefärbten Warzen an der Brusthaut** bei einem jungen Kranken, der fünf Jahre in Japan verblieb; 4. einen **eigentümlichen Hautausschlag,** welcher **nach Variola** hervortrat. (Fall zur Diagnose.)

Diskussion: Terebinsky und Iwanoff sind der Meinung betreffs des ersten Falles, dafs die Hauptsymptome zur Diagnose von Folliklis fehlen; es ist namentlich kein einziges Merkmal der Tuberkulose vorhanden; die erhöhte Temperatur kann nicht allein zugunsten eines Tuberkulides sprechen, beide neigen daher für ein Erythem; was den zweiten, als Ichthyosis vorgestellten Fall anbetrifft, so halten beide Opponenten den Fall für Ekzema seborrhoicum Unna.

Terebinsky fügt noch dazu, dafs er bei der Haaruntersuchung bei demselben Kranken, als er das Ambulatorium der Prof. Pawloffs Klinik besuchte, im Widerspruche mit Solowieff reichliche Trichophytiepilze gefunden hat und dementsprechend die fragliche umschriebene Alopecie als parasitäre betrachtet.

Bormann meint, dafs man in dem ersten von Solowieff vorgestellten Falle auch an Sporotrichosis denken könne.

Kogan betrachtet den ersten Fall als Erythem, den zweiten als Pityriasis rosea.

In der weiteren Diskussion wurde die Natur der multiplen Warzen an der Brusthaut des dritten von S. vorgestellten Kranken nicht geklärt und ist der Fall für die Diagnose offen geblieben.

2. OSTRIJAKOW hält einen Vortrag über **„Pseudo-Pelade BROCQ“** und stellt gleichzeitig eine 30jährige Frau mit entsprechender Krankheit vor.

Es handelt sich um eine Patientin, deren Mann zufälligerweise vor zwei Jahren bei ihr eine kleine umschriebene kahle Stelle an der Kopfhaut entdeckte; ein Jahr später bemerkten ihre Angehörigen wiederum ganz zufällig eine zweite kahle Stelle von selber Gröfse; als die Patientin bald darauf heftiges Kopfjucken spürte, untersuchte sie sorgfältig die Kopfhaut und war erstaunt, mehrfache derartige kahle Stellen zu finden.

Diskussion: MICHAILOWSKY betrachtet diesen Fall als einen sehr seltenen.

BORMANN hat schon zwei derartige Fälle gesehen; er fragt, ob bei der Untersuchung der Haare die SABOURAUDschen Bazillen gefunden worden sind, da dieser Befund bei Pseudo-Pelade BROCQ bei weitem die Prognose verschlimmere.

TEREBINSKY weist auf den Zusammenhang zwischen der Pseudo-Pelade BROCQ und dem Lupus erythematodes hin, da in beiden Fällen die Sache augenscheinlich mit einer Sklerose des unterliegenden Gewebes endigt.

3. FRIEDMANN zeigt einen Kranken mit **circumscripten, sehr üppigen Vegetationen,** die sich auf beiden inneren Seiten der Kruralgegend, sowie auf die Haut der Perineal- und Analgegend ausdehnen. Es handelt sich namentlich um einen Kranken, der sich seit 1908 wegen Ulcerationen im Gaumen im Spital zweimal befand. In beiden Fällen wurden diese Ulcerationen als syphilitische betrachtet und trotzdem auch die WASSERMANNsche Reaktion stark positiv ausfiel, blieb dennoch die spezifische Therapie das erstemal ganz erfolglos und trat auch das zweitemal eine kaum bemerkbare Besserung ein. Seit November 1909 haben sich Fissuren circa anum gebildet und fingen Vegetationen von da aus an, die sich augenblicklich stark ausdehnen. Der Vortragende ist der Meinung, dafs dies ein Fall von Tuberculosis cutis verrucosa sein könnte.

In der Diskussion nahmen MICHAILOWSKY, TEREBINSKY, SOLOWIEFF, BORMANN, KOGAN und IWANOFF teil. Die Mehrzahl der Opponenten sprach sich doch zugunsten einer stark vegetierenden Syphilis aus. Der Mifserfolg einer spezifischen Therapie erklärt sich in solchen Fällen dadurch, dafs hier eine ausschliefsliche allgemeine Behandlung nicht genügend wirksam sei und eine energische lokale, eventuell chirurgische Therapie sehr am Platze wäre. Was nun die Frage anbetrifft, ob dieser Fall als Tuberculosis cutis verrucosa zu betrachten sei, so könnte die genaue mikroskopische Untersuchung des aus der Tiefe gewonnenen Materials allein mafsgebend sein.

FRIEDMANN erwidert allen Opponenten, dafs er nach einer langen klinischen Beobachtung hier ausdrücklich Syphilis verneine.

4. STERN zeigt einen Fall mit **Lymphangioma cutis circumscriptum.**

Fachzeitschriften.

Dermatologische Zeitschrift.

1910. Heft 11.

I. **Über die Quecksilberausscheidung durch die Nieren bei intramuskulären Injektionen von Merkuriolöl im Vergleich mit einigen anderen Mitteln und Methoden,** von MAGNUS MÖLLER und ARVID BLOMQUIST-Stockholm. Die Verfasser

haben umfangreiche Untersuchungen über die Hg-Resorption, -Remanenz und -Elimination nach Merkuriolölinjektionen und bei verschiedenen anderen Hg-Kuren vorgenommen; die Ergebnisse waren folgende:

1. Ungefähr zehn Stunden nach einer Merkuriolölinjektion konnte Hg im Harn nachgewiesen werden.

2. Nach Injektion einer Einzeldosis Merkuriolöl, z. B. nach Injektion von $1^1/_2$ Teilstrichen der Langschen Spritze = 0,1 Hg war Hg im Harn 60 Tage, nach Injektion einer doppelten Dosis 190 Tage lang nachweisbar. Die Hg-Ausscheidung erreichte ihr Maximum während des 11. bis 20. Tages mit 0,0015 täglich; während der ersten zehn Tage und während des 21. bis 40. Tages betrug sie durchschnittlich 0,0005, später war sie nur mehr qualitativ nachweisbar. Nach 40 Tagen war ungefähr ein Drittel (0,0327) der injizierten Einzeldosis durch die Nieren ausgeschieden.

3. Bei einer regulären Kur mit sieben in Zwischenräumen von fünf Tagen vorgenommenen Merkurialölinjektionen zu je 0,1 Hg stieg die Hg-Ausscheidung durch die Nieren langsam und stetig an und erreichte ihr Maximum in der Woche oder in den Wochen nach der letzten Injektion; sie betrug am 40. Tage nach Beginn der Kur 0,005. Während der darauf folgenden acht Wochen nahm die Ausscheidung ganz langsam ab, während der 14. Woche waren die im Harn ausgeschiedenen Quecksilbermengen nicht mehr wägbar.

4. Die Hg-Absorption und -Elimination nach Merkurialölinjektionen geht demnach langsam und stetig steigend vor sich, erst gegen Ende der Behandlung werden gröfsere Quecksilbermengen (0,003—0,005) ausgeschieden. Die Remanenz dauert sehr lang, die Remanenzziffern sind hoch.

Bei Injektionen von Sublimat (als Typus für die löslichen Hg-Präparate) ist die Absorption von Beginn der Behandlung an stark bei verhältnismäfsig hohen Ausscheidungsziffern; die Remanenz ist unbedeutend.

Nach Injektion von Kalomel ist die Absorption rasch und sehr kräftig, schon einige Tage nach der ersten Einspritzung werden 0,002—0,003 Hg ausgeschieden. Die Remanenz dauert recht lange, aber doch bei weitem nicht so lange wie bei Merkuriolölinjektionen.

Essigsaures Thymolquecksilber schien sich ähnlich wie Kalomel zu verhalten, doch sind die Ausscheidungsziffern, dem geringeren Hg-Gehalt des Präparates entsprechend, niedriger, die Remanenz ist kürzer.

Bei der Schmierkur zeigten die Ausscheidungsverhältnisse grofse Ähnlichkeit mit denen bei Merkuriolölinjektionen bezüglich des langsamen Anstiegs; die Remanenz aber schien von bedeutend geringerer Dauer zu sein.

Bei der Säckchenbehandlung nach Welander waren in einigen Fällen die Ausscheidungswerte sehr hoch, in anderen Fällen niedrig und ungleichmäfsig; die Remanenzverhältnisse wurden nicht untersucht.

5. Ausnahmsweise traten trotz beträchtlicher Hg-Remanenz, in einem Falle bei einer Remanenz von 0,0062, lokale Rezidive auf, wahrscheinlich infolge lokaler Reizungen (durch Tabak usw.).

6. Wenn bei bestehender Hg-Remanenz eine neue Hg-Behandlung vorgenommen wird, so findet eine Akkumulation statt, so dafs höhere Ausscheidungsziffern als sonst, ausnahmsweise bis zu 0,011 (bei Merkuriolöl, Kalomel) sich ergeben.

7. Das Vermögen der Nieren, Hg auszuscheiden, ist indessen ziemlich begrenzt, so dafs auch bei unverhältnismäfsig grofser Hg-Zufuhr die Ausscheidungsziffern in der Regel nicht viel höher sind als bei der üblichen Hg-Zufuhr.

8. Individuelle Abweichungen von der Norm wurden in jedem einzelnen Falle konstatiert; so variierten die Ausscheidungs- und Remanenzziffern bei Injektion einer

Einzeldose wie auch bei Vollkuren und bei Akkumulation. Es gilt das für sämtliche Präparate und Methoden. Die Ursachen derartiger individueller Abweichungen konnten im allgemeinen nicht festgestellt werden; nur in einem Falle beruhte wahrscheinlich die bedeutend herabgesetzte Ausscheidung auf einem Krankheitszustand der Nieren (chronischer Nephritis).

Die Verschiedenheiten der Absorptionsgeschwindigkeit und der Remanenz bei den verschiedenen Hg-Kuren bedingen natürlich auch Verschiedenheiten in der Wirkung der Kuren. Rasche Absorption und Elimination des Hg, wie sie bei Injektionen von Sublimat und anderen löslichen Hg-Salzen stattfindet, hat einen raschen, aber verhältnismäſsig kurz dauernden therapeutischen Effekt zur Folge, die schnelle Resorption bringt eine gröſsere Gefahr der Intoxikation *während* der Behandlung mit sich. Die Mittel und Methoden, bei denen die Resorption langsam und gleichmäſsig vor sich geht (Injektionen von Merkuriolöl und von grauem Öl und Schmierkuren) sind für Fälle, in denen rasch eine starke Hg-Wirkung nötig ist, nicht sonderlich geeignet; dagegen müssen sie infolge der überaus langsamen Ausscheidung verhältnismäſsig lange Zeit gegen Rezidive schützen, ihre langsame Elimination birgt die Gefahr einer Intoxikation gegen oder nach Beendigung der Kur in sich.

II. **Ein Fall von abscefsbildendem Ulcus molle,** von F. Heller-Frankfurt a. M. Bei einem Manne, der sich circa neun Monate vorher syphilitisch infiziert hatte, entstanden im Verlaufe einiger Wochen auf der Glans, im Sulcus und am inneren Präputialblatt mehrere typische Ulcera mollia und daneben einige kleine Abscesse, deren Eiter ebenso wie das Sekret der Geschwüre Ducrey-Unnasche Streptobazillen in groſsen Mengen enthielt. Der histologische Bau eines exzidierten Abscesses entsprach genau dem eines Ulcus molle. Es handelte sich also um Abscefsbildung in der Haut infolge von Streptobazilleninfektion; ein derartiger Fall ist bis jetzt nicht beschrieben worden.

Götz-München.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Band 104, Heft 1. Oktober 1910.

1. **Über Neurodermitis alba,** von C. Kreibich-Prag. „Man sieht ab und zu einen schweren Fall von *Prurigo Hebra*, bei welchem die Haut über den Schienbeinen nicht in der gewöhnlichen Weise verdickt ist und kreideartig schilfert, sondern weiſs-specksteinartig, glänzend sklerodermieähnlich beschaffen ist, dabei verdickt erscheint und event. am Rand von Pigmentflecken umgeben ist. Es handelt sich sicher nicht um echte Narbe, da keine Ulceration vorausgegangen ist, auch vorausgegangene Entzündungen allein (Kratzekzem, Impetigines usw.) können den Zustand nicht erklären. Da sich nun sonst die Prurigo Hebra zwanglos in rezidivierende Urticaria und in Licheninfikation — Hautverdickung, Parakeratose, Pigmentation — auflösen läſst, so kommt man dazu, obige Veränderung als Folgen des kontinuierlichen Scheuerns zu erkennen, für welche die Bezeichnung *weiſse Licheninfikation* und pathogenetisch gedacht *Neurodermitis alba* nicht unangebracht wäre. Dies trifft auch zu für alle Fälle von langdauerndem intensiven *Pruritus vulvae*.“ K. berichtet über einen Fall von eigentümlicher weiſser Licheninfikation im Gesicht, an Hals und Brust bei einer 57jährigen Arbeiterin und meint, daſs dieser Fall eine Verbindung zur Weiſsfleckenkrankheit herstellt, die bald mehr unter dem Bilde einer Art weiſser Licheninfikation oder in der Form eines Lichen albus auftreten kann und eine Neurodermitis darstellt mit Hautveränderungen, die als Kratzphänomene im weitesten Sinne aufzufassen sind.

2. **Über Anetodermia cutis maculosa in luetico,** von Richard Volk - Wien. Eingehender Überblick über die Literatur; Bericht über zehn Fälle, die ihm das Material zu einer exakten Schilderung des vorliegenden Krankheitsbildes geben: Das luetische Infiltrat, besonders die Papel führt häufig zu degenerativen Zuständen des elastischen Gewebes; diese sind jedoch für gewöhnlich keine dauernden. Die wirkliche, echte fleckweise, schlaffe Atrophie ist auch bei Lues ein verhältnismäſsig selteneres Ereignis, wenn sie auch scheinbar nicht so selten beobachtet wird, wie die Dermatitis atrophicans maculosa idiopathica. Sicher kann es zu solchen fleckweisen Atrophien an Stelle von Papeln kommen, in selteneren Fällen auch nach einer Roseola. Ob auch ohne vorhergehende, klinisch sichtbare Hautveränderung bei Luetikern Atrophien entstehen können, ist bisher nicht sicher nachgewiesen. Ebenso ist es zurzeit nicht möglich, eine ausreichende Erklärung für die Ursachen der Elastikadegeneration zu geben.

3. **Über Xeroderma pigmentosum,** von Rolf Schonnefeld - Frankfurt a. M. 26jähriger junger Mann mit Pigmentierungen, Teleangiektasien, weiſsen Atrophien und Tumoren, die in frühester Kindheit aufgetreten, in typischer Weise im Gesicht und an den Händen lokalisiert sind. Klinisch ist der Fall bisher auffällig gutartig verlaufen, wenn es auch gelang, histologisch Carcinom und an einer Stelle den Einbruch von Carcinommassen in ein Angiomlumen nachzuweisen. Kurzer Überblick über die in der Literatur berichteten benignen Fälle. An die Arbeit schlieſst sich ein Literaturverzeichnis von 185 Nummern.

4. **Zur Kenntnis der falschen Hutchinsonschen Zähne (dentes pseudo-Hutchinsonii),** von S. L. Bogrow - Moskau. Nicht jede Zahnanomalie ist als Hutchinsonscher Typus und als Charakteristicum für hereditäre Syphilis anzusehen. Ein einschlägiger Fall gibt Verfasser die Gelegenheit, die typischen Merkmale Hutchinsonscher Zähne genau zusammenzustellen: 1. Gewöhnlich sind beide oberen mittleren Schneidezähne affiziert. 2. Der Ausschnitt am freien Rande des Zahnes ist halbmondförmig. 3. Die vordere Zahnfläche ist schräg abgeschnitten und zeigt einen allmählichen Übergang zu dem Ausschnitt. 4. Die Zahnecken (an den Spatia interdentalia) sind abgerundet. 5. Der vertikale und quere Durchmesser des Zahnes ist verkleinert. 6. Die Zähne haben Schraubenzieherform, d. i. gröſseren Durchmesser beim Zahnhalse als am freien Rand. 7. Die Zähne sind schräg gesetzt und konvergieren zueinander. 8. Der Ausschnitt ist infolge des Abbrechens hier früher vorhandener amorpher Zahnmasse entstanden.

5. **Über sarkomartige Hauttumoren,** von R. Polland - Graz. Bei einem 75-jährigen Tagelöhner fanden sich in den unteren Schichten der Thorax- und Bauchhaut sehr derbe schmerzlose Knoten bis zur Nuſsgröſse, über denen die Haut verfärbt, aber nicht exulzeriert war, und die im Verlauf einiger Monate sich gebildet hatten. Das Allgemeinbefinden war nicht wesentlich gestört; der Patient starb etwa fünf Monate nach Feststellung der Beobachtung an Altersschwäche. Eine Obduktion ist nicht vorgenommen worden.

6. **Über eine eigenartige Erkrankung der Arbeiter in Emailfabriken,** von Th. Spietschka - Brünn. Sp. beschreibt eine Erkrankung ähnlich, vielleicht identisch mit den von O. Neugebauer im 93. Bandes des *„Archivs"* mitgeteilten Beobachtungen. Es handelte sich stets um Mädchen aus den Emailfabriken; an den Händen derselben, namentlich an den Seiten und Beugeflächen der Finger, aber auch am Handrücken fanden sich scharfrandige, kreisrunde oder ovale Substanzverluste mit scharfen Rändern, deren Durchmesser 1—8 mm, deren Tiefe 1—4 mm betrug. Bei mäſsiger Entzündung der Umgebung sind die Stellen ziemlich schmerzhaft, bessern sich unter indifferenter Salbenbehandlung rasch, wenn auch die vollständige Heilung immer Wochen in An-

spruch nahm. Histologisch handelt es sich um einen auf die Epidermis beschränkten Prozeſs, der die Cutis nur sekundär in Mitleidenschaft zieht. Wenn auch in den Krankheitsherden nicht wie bei NEUGEBAUER Kalkpartikelchen vorgefunden wurden, so handelt es sich auch hier um Alkaliverletzungen. *W. Lehmann-Stettin.*

Dermatologisches Centralblatt.

Band XIII, Heft 12. September 1910.

1. **Beitrag zur Kasuistik des Pyrogallolerythems**, von K. F. HOFFMANN-Düsseldorf. Bei einem 19jährigen Mädchen trat bei Behandlung eines Lupus am Arme mit 10%iger Pyrogallolsalbe ein fieberhaftes Erythem auf, das sich bei wiederholter Anwendung des Pyrogallols, fast experimentell, wieder herbeiführen lieſs. Doch trat es bei den Wiederholungen nur in geschwächter Form auf, so daſs also eine teilweise Gewöhnung an das Medikament im Laufe der Behandlung eingetreten zu sein scheint.

2. **Die Abortivbehandlung der Syphilis mit Arsacetin**, von E. HESSE-Düsseldorf. H. hat seit längerer Zeit in geeigneten Fällen den Versuch gemacht, Syphilis abortiv zu behandeln, indem er nach ausgiebiger galvanokaustischer Zerstörung des Primäraffekts eine Arsacetinkur vornehmen lieſs und darnach fortlaufende Blutuntersuchungen nach WASSERMANN machte; in einzelnen Fällen ist der WASSERMANN bis zu einem Jahre negativ geblieben. Einige Male hat er die Arsacetinkur mit einer Quecksilberkur kombiniert. Nach seinen Erfahrungen rät er indes nur zu einer solchen Abortivbehandlung, wenn die Infektion nicht länger als vier Wochen zurückliegt, noch keine regionären Drüsenschwellungen vorhanden sind und WASSERMANN negativ ist.

Band XIV, Heft 1. Oktober 1910.

Über Sulfoform, ein neues Schwefelpräparat, von MAX JOSEPH-Berlin. J. hat eine Reihe Versuche angestellt mit einem neuen organischen Schwefelpräparat, dem Triphenylstibinsulfid, das von dem Chemiker Dr. LUDWIG KAUFMANN im Berliner Universitätslaboratorium synthetisch dargestellt worden ist. Bei der Anwendung handelt es sich hauptsächlich um die Reduktionswirkung des Schwefels in statu nascendi. Der Artikel wird fotgesetzt.

Band XIV, Heft 2. November 1910.

1. **Über Sulfoform, ein neues Schwefelpräparat**, von MAX JOSEPH - Berlin. (Schluſs.) Warme Empfehlung des Präparates bei Alopecia seborrhoica nebst genauer Anweisung des Vorgehens; der Kopf wird vorher mit Öl befeuchtet, da das Präparat sich in Ölen löst, und alsdann der Schwefel in statu nascendi wirkt.

Weiterhin wurden gute Erfolge gesehen bei akuten wie chronischen Ekzemen und impetiginösen Affektionen. Reizerscheinungen wie bei den älteren Schwefelpräparaten wurden nie beobachtet; toxische Wirkungen erscheinen ausgeschlossen.

2. **Ein Beitrag zur Heilung des Lichen ruber**, von GEORG LUDA - Berlin-Schöneberg. L. hat an sich selbst einen Lichen von geringer Ausdehnung, aber groſser Hartnäckigkeit beobachtet, der nach zweimaliger Arsenkur prompt rezidivierte und durch Anwendung statischer Elektrizität zur Heilung gebracht wurde. Er beschreibt das Verfahren und gibt einige neue Elektroden zu dem speziellen Zwecke an. Davon interessiert besonders eine „Vielfachhochspannungselektrode", bestehend aus einem siebartig durchlöcherten, Porzellanrohr, aus dessen Öffnungen ein ganz feiner Funkenregen beim Überfahren der Haut aus einem in dem Porzellanrohr steckenden Metallrohr heraussprüht. *W. Lehmann-Stettin.*

Verhandlungen der Royal Society of Medicine.

Bd. III. Nr. 9. (Ergänzungsheft.)

Sitzungen vom 23. Mai bis 22. Juni 1910.

Vaccinebehandlung, deren Darreichung, Wert und Grenzen, von A. E. Wright. Nach einem Überblick über die verschiedenen Phasen der Lehre von der Immunisierung durch die subcutane Injektion von abgetöteten Massen der die Krankheit bedingenden Bakterien verteidigt Verfasser ausführlich seinen Standpunkt, daſs diese Methode, als diejenige der kausalen Therapie, berufen ist, alle anderen Behandlungsarten schlieſslich zu verdrängen. Bemerkenswert sind zwei von ihm beobachtete Fälle von tuberkulöser Ulceration der Haut, bei denen unter solcher Behandlung die ausgedehnten Substanzverluste mit einer von normaler Haut kaum zu unterscheidenden Oberfläche anstatt der zu erwartenden Narbenbildung ausheilten. Auch Röntgendermatitis, Pruritus ani, Nierensteinbildung mögen, abgesehen von dem anderen bekanntermaſsen bakteriell entstehenden Affektionen, durch die Gegenwart von Mikroorganismen beeinfluſst, wenn nicht direkt erzeugt sein und dieser Therapie zugängig sein. Ferner wird eingehend die Bedeutung und Würdigung des Opsoninindex besprochen, ein schwieriges Thema, denn die klinischen Erscheinungen stimmen nicht immer mit dem Verhalten des Index überein. Die Darreichung der Vaccinen per os ist als unzuverlässig und weniger wirksam zu verwerfen.

L. Colebrook verbreitet sich über drei Fälle von Rotz, bei denen die Methode allerdings nicht ausnahmslos erfolgreich war, und schildert an Beispielen die Bedeutung der Opsoninbestimmung an einigen tuberkulösen und sonstigen Fällen.

W. H. White gibt einen Auszug aus seinen vielfach erstaunlich günstigen Resultaten bei 60 Patienten mit verschiedenen Erkrankungen, unter denen neben schweren Affektionen interner Art blennorrhoische Arthritis, Blaseninfektion mit Bacillus coli und Infektion der Nieren mit demselben Bacillus zu nennen sind.

H. A. des Voeux hat mehr als 100 Fälle von Furunkulosis mit Vaccinen zu seiner groſsen Zufriedenheit behandelt.

Whitfield schildert einen Fall von rekurrierendem Panaritium und von chronischem Absceſs der Wange, bei denen eine tuberkulöse Grundlage schlieſslich zum Vorschein kam.

B. Harris hat bei manchen Ekzemfällen mit einer autogenen Vaccine von Staphylococcus albus eine geradezu spezifische Wirkung erzielt. Auch bei Infektionen mit Gonokokken und bei Cystitis als Folge von Infektion mit Bacillus coli waren gute Resultate zu verzeichnen.

J. K. Fowler hat die Methode ausgiebig, aber meistenteils bei internen Affektionen angewandt.

A. Latham hält die Darreichung per os für durchaus nicht ungerechtfertigt. Auch wendet er sich gegen eine Überschätzung des Opsoninindex.

A. Fleming verbreitet sich über seine Erfolge in der Behandlung von refraktärer Akne vulgaris. Es war nicht immer notwendig, eine autogene Vaccine zu verwenden.

W. D. Butcher verbreitet sich über die Erzeugung der Autovaccination durch elektrische Behandlungsmethoden, wobei er ausführt, daſs bei der Bestrahlung mit dem Röntgenapparat und mit dem hochfrequenten Strom offenbar Antitoxine aus den behandelten Läsionen frei gemacht werden und dann eine allgemeine Umstimmung des Organismus erzeugen. B. führt ein paar Beispiele von inveterierter Akne an, welche nach kurzer Behandlung mit diesen Mitteln vollends beseitigt waren. Er verweist ferner auf die schon zahlreichen Fälle von Heilung bei Ulcus rodens durch Anwendung von Radium und den verschiedenen elektrischen Methoden. Es handele sich dabei nicht um eine einfache Zerstörung von Zellen oder eine Abtötung von

Bakterien, sondern auch um einen Aufbau durch die Erzeugung eines Antitoxins oder eines sonstigen Antikörpers.

H. L. Jones pflichtet dem Vorredner bei und verweist auf Fälle von Lupus, bei denen nach Bestrahlung einzelner Läsionen andere noch nicht bestrahlte Läsionen scheinbar spontan abheilten.

F. A. Warner ist von dem Werte der Vaccinetherapie auch überzeugt und schildert prägnante Beispiele von blennorrhoischer Arthritis, von Ekzem, Akne und Cystitis, welche der Heilkraft derselben zuzuschreiben waren. Gelegentlich hat er die Vaccinen per os gegeben.

W. A'E. Emery konstatiert, dafs bei Staphylokokkenerkrankungen der Haut, bei Gonokokkeninfektion der Gelenke und bei Infektion des Urintraktes mit Bacillus coli das Verfahren zweifellos seine Daseinsberechtigung dokumentiert hat. Er verbreitet sich über seine Beobachtungen in bezug auf den Opsoninindex, bei welchem er allerdings mancherlei widerspruchsvolle Erfahrungen gehabt hat.

A. C. Anman hat auch Vaccinen per os ohne wesentlichen Nachteil zu erheben gegeben, wenn auch zweimal eine allgemeine Urticaria danach auftrat.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle.

1910. Heft 4.

Einige Fälle von Syphilis behandelt mit Ehrlich-Hata 606, von Bertarelli, Pasini, Bottelli. 14 Fälle mit frischen Erscheinungen, intramuskulär 0,3. Die Erfahrungen der Beobachter decken sich mit den in Deutschland allgemein gemachten: schnelles Verschwinden der sichtbaren Effloreszenzen, der Spirochäten, Wassermannsche Reaktion bleibt lange positiv. — In einem Falle von Lepra nodularis keine Einwirkung.

Ein Fall von Syphilis hereditaria, von de Favento. 18jähriges Mädchen von in erster Ehe mit syphilitischem Gatten verheirateter Mutter und gesundem Vater, kam mit der Diagnose Anämie und Nephritis zur Aufnahme. Sie hatte 2‰ Albumen, ein Gumma im Rachen und eine Keratitis parenchymatosa profunda. Wassermann positiv, keine Spirochäten. Heilung erfolgte durch Kalomelinjektionen, Albumen ging zurück auf ½‰, ohne Diät.

Die Plasmazellen, von Martinotti. (Wird fortgesetzt.)

Über Alopecia areata nach Trauma, von Martino. Es handelt sich um vier Fälle von Alopecia areata des behaarten Kopfes, die im Anschlufs an eine Verletzung auftraten. Verfasser glaubt dies verwenden zu dürfen als Stütze für den Beweis der nervösen Ätiologie der Alopecia areata.

Beitrag zur Pathologie der Nägel, von Coppolino. Es handelt sich um sieben Fälle von Nagelaffektionen, zwei Fälle von Leukonychia, die in wahrscheinlichen Zusammenhang zu bringen sind mit Veränderung am Herzen und Aorta; bei den andern fünf Fällen sind es Nagelekzeme in Verbindung mit Ekzem an andern Hautstellen. In bezug auf die Therapie ist bemerkenswert, dafs in zwei Fällen von den letzteren eine Besserung durch Röntgenstrahlen erzielt wurde.

Ekzema vegetans, von Gavini. Unter diesem Namen beschreibt Verfasser ein chronisches, seit sechs Jahren bestehendes, rezidivierendes, nässendes, rhagadiformes Ekzem mit papulösen Erhebungen in der Genito-Cruralgegend. Histologisch sei charakteristisch eine enorme Hyperplasie des Papillarkörpers analog wie beim Condyloma acuminatum.

Haas-Hamburg.

Japanische Zeitschrift für Dermatologie und Urologie.

Band X, Heft 6 bis 12. Juni bis August 1910.

1. **Über die Seroreaktion bei Favus,** von U. Matsura und K. Nishiura-Kioto.

2. **Über die Seroreaktion bei Lepra,** von K. Nishiura,

3. **Statistische Studie der Lepra,** von T. Sugai und Sh. Mabuchi-Toyoama-hoyoin.

4. **Statistische Studie der parasitären Hautkrankheiten** in der dermato-urologischen Universitätsklinik zu Tokio, von M. Mine und T. Orimo.

5. **Der Zusammenhang zwischen Urethritis posterior und Impotenz,** von J. Matsumoto-Osaka.

6. **Stomatitis blennorrhoica bei Frauen,** von J. Kimura - Tokio. Mit Abbildungen.

7. **Die ideale Tripperbehandlung,** von H. Arai-Kowagoe.

8. **Krankenstatistik** der dermato - urologischen Uniniversitätsklinik zu Tokio, von K. Dohi.

9. **Über die Wirkung des neuen Mittels „Dioxydiamidoarsenobenzol" gegen die Syphilis,** von K. Dohi und T. Tanaka-Tokio. Mit zahlreichen Abbildungen.

W. Lehmann-Stettin.

Folia urologica.

Band V, Nr. 4. Oktober 1910.

1. **Die Verschiedenartigkeit polycystischer Nieren und ihre operative Behandlung,** von Pousson-Bordeaux.

2. **Klinische und experimentelle Untersuchungen über die Nierenfunktion nach Nephrektomie,** von Leonardo Dominici-Rom.

Band V, Heft 5. November 1910.

1. **Urethrocystitis und Urethritis chronica cystica,** von Leo Buerger-New York. B. hat in 14 Fällen auffallend häufig kleinere und gröfsere, einzelstehende und multiple Cysten in der hinteren Harnröhre und am Blaseneingang gefunden, die sich als Ursache dauernder subjektiver Beschwerden dadurch erwiesen, dafs letztere verschwanden nach Zerstörung der Cysten, für die er ein eigenes Instrument angibt. Zahlreiche Abbildungen.

2. **Das Myofibrom der Harnblase,** von Victor Blum - Wien. Ein 21jähriger junger Mann erkrankt plötzlich an einer profusen Hämaturie, die zu schwerster, akuter Anämie führte. Als weiteres Symptom gesellt sich eine schwer diphtheritische Cystitis hinzu. Bei einer zweizeitigen Operation des Falles wird ein faustgrofses Myofibrom der Harnblase entdeckt, welches gestielt der hinteren Blasenwand aufsitzt. Der Tumor wird exstirpiert, worauf vollkommene Heilung eintritt. Besprechung der Symptomatologie und Pathologie der Blasenmyome. Literaturübersicht.

3. **Gonokokkentoxikämie,** von Terry M. Townsend und Julius J. Valentine-New York. Ein Mann von 44 Jahren bekam bei seiner ersten Blennorrhoe am zwölften Tage nach der Infektion hohes Fieber, das bis zum 38. Tage anhielt. Für eine wirksame Behandlung halten die Verfasser hohen Einlauf mit einer 6%igen Magnes. sulf.-Lösung von 21°. Besprechung der verschiedenen Formen von Allgemeinerkrankung bei Blennorrhoe.

W. Lehmann-Stettin.

Annales des Maladies vénériennes.

Band V, Heft 8. August 1910.

1. **Injektion von Quecksilbersalzen in den Spinalkanal,** von Alfred Lévy-Bing und Georges Lévy. Eingehende Monographie über die Geschichte und Technik der seit Quincke vorgenommenen Punktionen und Injektionen in den Rückenmarkskanal. Besonders die zu therapeutischen Zwecken vorgenommene Einführung von Medikamenten, mit und ohne Entziehung von Spinalflüssigkeit, werden eingehender Betrachtung unterzogen. Die bisher in der Literatur bekannt gewordenen Fälle, in denen bei syphilitischer Affektion von Gehirn oder Rückenmark Quecksilbersalze eingespritzt wurden, werden in extenso mitgeteilt, dazu fünf eigene Fälle der beiden Verfasser. Aus den Ausführungen erhellt, daſs bei allgemeiner Paralyse auch dieser Weg keinerlei Erfolge aufzuweisen hat; daſs dagegen bei beginnender Tabes, bei akuter Meningitis und den syphilitischen Meningomyelitiden die Resultate recht ermutigende genannt werden können. Besondere Gefahren sind bei geeigneter vorsichtiger Technik nicht beobachtet worden, indessen ist die Methode noch nicht erprobt und die dabei herausspringenden Vorteile noch nicht genügend sichergestellt, so daſs vorläufig das Verfahren noch nicht unserer Therapie einzuverleiben ist.

2. **Merkurielle Spätstomatitis nach Verwendung von Quecksilberpillen. Alkoholische hypertrophische Lebercirrhose,** von Milian. 53jähriger Mann wird wegen einer Leukoplakie (20 Jahre vorher Syphilis) mit Hg protojod.-Pillen behandelt und bekommt vier Wochen nach Einnahme der letzten von 30 Pillen à 0.05 eine wochenlang anhaltende schwere Stomatitis. Verfasser glaubt, daſs die Lebercirrhose als Ursache der verzögerten Elimination anzusehen ist.

Band V, Heft 9. September 1910.

1. **Kritik der bisher veröffentlichten Resultate der Behandlung der Syphilis mit dem Ehrlich-Hataschen Präparat Nr. 606,** von R. Burnier. Zusammenstellung der bis zum 8. August veröffentlichten Arbeiten und Besprechung des Inhalts. Eine eigentliche Kritik dieser Publikationen findet nicht statt.

2. **Vereinfachte Methode des Wassermannschen Verfahrens zur Serodiagnose der Syphilis.** Vergleichende Bewertung eines neuen vereinfachten, praktischen Verfahrens mit der ursprünglichen Wassermannschen Reaktion, von E. Joltrain und René Bénard. Eingehende Darstellung des Wesens und der genauen Technik des Wassermann; kurze Besprechung der bisher als Vereinfachung angegebenen Methoden von Porges, Klaussner, Tschernogubow, Foix, Noguchi, Bauer und Hecht. Die Verfasser geben eine weitere eigene Vereinfachung an, bei der sie nur alkoholischen Menschenherzextrakt und rote Hammelblutkörperchen neben dem zu untersuchenden Serum brauchen. Der Beschreibung nach unterscheidet sich das Verfahren kaum von der Modifikation Hechts. Dementsprechend haben auch sehr zahlreiche Kontrolluntersuchungen ganz die gleichen Resultate wie die Wassermannsche Reaktion ergeben. Hervorzuheben sind die zahlreichen Versuche an nichtsyphilitischen Fällen, die gerade für die Bewertung einer sogenannten Vereinfachung von Wichtigkeit sind.

3. **Geschichte eines Spezifikums gegen Syphilis.** Der „Saft" von Boyveau-Laffecteur, von Payenneville-Rouen. Ein interessanter Abschnitt aus der Geschichte der Medizin; Abbildungen und Lebensgeschichte des Doktors Boyveau und verschiedene Rezepte, die ungefähr der Zusammensetzung seines köstlichen Heilsaftes entsprechen sollen, und sich dadurch auszeichnen, daſs sie aus einer Unmenge von Einzelbestandteilen zusammengesetzt sind; so weist eins dieser Rezepte 32 Ingredienzien auf, doch scheint das wirksame Prinzip Sassafras und Sarsaparilla zu sein. Der Artikel wird fortgesetzt.

Band V, Heft 10. Oktober 1910.

1. **Die Entwicklung eines Problems**, von Jullien. Jetzt, wo die verschiedensten Methoden einer Abortivbehandlung der Syphilis, einer „Therapia sterilisans magna" wieder ernsthaft und eingehend diskutiert werden, erinnert J. daran, daſs er seit Jahren die Möglichkeit einer Abortivbehandlung vertreten habe. Leider fehlten ihm seiner Zeit zur Widerlegung seiner zahlreichen Gegner die Handhaben und Beweismittel, wie wir sie heute im Spirochätennachweis, in der experimentellen Übertragung der Lues auf Tiere, im Wassermann usw. besitzen. Er berichtet kurz von einigen Fällen, die teilweise seit mehr als 30 Jahren von ihm beobachtet wurden und seiner Zeit von ihm mit totaler Entfernung des Primäraffektes, in einigen Fällen auch mit unmittelbar anschlieſsender ausgiebiger präventiver Hg-Kur behandelt wurden.

2. **Bemerkungen über die Pharmakologie von „606"**, von Emery und C. Pépin. Chemisches über 606; die Technik der Anwendung bei den einzelnen Autoren. Ausführungen über die eigne Technik der Verfasser: sie legen Wert darauf, daſs die Menge des zuzusetzenden NaOH genau derjenigen entspricht, die notwendig ist zur Sättigung der beiden HCl-Moleküle von 606, und geben eine genaue Tabelle über die der jeweiligen Dosis 606 zuzusetzenden Mengen von Normallösung. Sie fügen dann in der Spritze heiſses steriles Wasser bis zu einem Gesamtvolumen von 7—8 ccm zu. Sie haben bei etwa 30 Injektionen nie erhebliche Beschwerden gesehen.

3. **Resultate mit dem neuen Mittel von Ehrlich-Hata (606) bei der Behandlung einer Anzahl von Syphilisfällen**, von A. Bertarelli, A. Pasini und C. Botelli-Mailand. Übersicht über die bisherige Literatur. 14 ausgesuchte Fälle wurden bisher von den Verfassern behandelt und werden in extenso mitgeteilt. Gute Erfolge, die von denen anderer Berichte nicht abweichen.

4. **Geschichte eines Spezifikums gegen Syphilis.** Der „Saft" von Boyveau-Laffecteur, von Payenneville-Rouen. (Fortsetzung und Schluſs.) An der Hand geschichtlicher Dokumente wird auseinandergesetzt, in welch geschickter und umfassender „moderner" Weise Reklame für das Geheimmittel gemacht wurde, und wie allein dieser Reklame die anscheinend auſserordentlich groſse Verbreitung des Mittels zu danken war.

Band V, Heft 11. November 1910.

1. **Das Arsenobenzol (Präparat Ehrlich-Hata 606) in der Behandlung der Syphilis**, von Bayet-Brüssel. Bericht über 100 Fälle. Temperaturkurven, Tabellen, Abbildungen. Die auſserorgentlich schnelle Einwirkung des Mittels auf syphilitische Manifestationen ist prompter und konstanter als bei Hg und Jod. Ein Einwirkung auf parasyphilitische Affektionen ist nicht vorhanden; auch einzelne sekundäre und tertiäre Fälle sind refraktär. Rezidive waren zahlreich.

2. **Behandlung der Syphilis mit dem Präparat 606 von Ehrlich-Hata**, von A. Jambon-Lyon. Allgemeiner Bericht über 14 behandelte Fälle; gute Resultate, ein Versager.

3. **Die Behandlung der Syphilis mit 606**, von R. Burnier. Zweiter Bericht. Weitere Zusammenstellung der bis 4. Oktober erschienenen Literatur.

W. Lehmann-Stettin.

Bücherbesprechungen.

Handbuch der Geschlechtskrankheiten, von E. FINGER-Wien, J. JADASSOHN-Bern, S. EHRMANN-Wien und S. GROSS-Wien. (Alfred Hölder, Wien und Leipzig.) 1. Lieferung. Das auf etwa 20 Lieferungen (à 5 Mark) berechnete Werk soll ein Pendant zu dem im gleichen Verlage erscheinenden „Handbuch der Hautkrankheiten" darstellen. Die vorliegende erste Lieferung enthält im wesentlichen die „Geschichte der Geschlechtskrankheiten" von I. K. PROKSCH-Wien, weiterhin von G. SCHERBERS Artikel: „Balanitis, Condyloma acuminatum; Molluscum contagiosum, Herpes genitalis" einige wenige Seiten, die mitten im Text abbrechen. So kurz und präzis in der Schreibweise diese Geschichte der Geschlechtskrankheiten abgefafst ist, so enthält sie doch die Resultate einer ganz enorm reichhaltigen Literatur; dabei wirkt die kurze Kennzeichnung der vorhandenen Veröffentlichungen und ihre Verwertung entsprechend ihrem zeitlichen Erscheinen oft überzeugender als lange theoretische Erwägungen vermocht hätten. Charakteristisch ist hierfür die Stellungnahme des Verfassers zu der viel umstrittenen Frage vom Ursprung und Alter der Syphilis. Ohne langatmige Erklärungen geht aus der Gegenüberstellung des Materials hervor, dafs PROKSCH kein Anhänger der Theorie vom amerikanischen Ursprung der Syphilis ist.

Bezeichnend für die Gründlichkeit dieser historischen Arbeit ist dabei, wie bei den einzelnen Symptomen und Komplikationen der Literatur nachgeforscht ist und so alles das, was wir heute als syphilitisch kennen, als weit zurückliegende Erkenntnis festgestellt wird. Auch der Wandel der Anschauungen im Laufe der Jahrhunderte wird in aller Kürze scharf gekennzeichnet, zugleich mit der daraus sich ergebenden eindringlichen Lehre von der Notwendigkeit des Studiums der Geschichte der Medizin, das manche Arbeit unnötig gemacht hätte und heute noch unnötig machen würde.

Die Arbeit, die Verfasser bescheiden eine Skizze nennt, gibt allerdings keine Quellenbelege, sondern verweist auf die bibliographischen Angaben früherer Arbeiten des Verfassers. *W. Lehmann-Stettin.*

Medizinalkalender für das Jahr 1911. Zwei Abteilungen. (Verlag von August Hirschwald, Berlin 1911.) Wie immer, so ist auch in diesem Jahre der rühmlichst bekannte Hirschwaldsche Medizinalkalender mit lobenswerter Pünktlichkeit in einfach elegantem, aber sehr praktischem Gewande erschienen. Er bedarf wohl keiner weiteren Empfehlung; dieser kurze Hinweis soll nur seine Freunde auf sein Erscheinen aufmerksam machen.

Handbuch der allgemeinen Dermatologie. Praktische Grundlagen der dermatologischen Klinik und Therapie von J. PEYRI und ROCAMORA und unter Mitwirkung für das Kapitel der Röntgentherapie von C. COMAS und A. PRIO. (*J. Espasa é hijos, editores.* Barcelona.) Der Autor versteht es, durch eine einfache klare Sprache und durch ein richtig angewandtes Schematisieren dem Anfänger das Eindringen in den schwierigen Stoff der Dermatologie zu erleichtern. Besonders der therapeutische Teil ist mit grofser Sorgfalt und Ausführlichkeit behandelt. Den Schlufs bildet ein (bereits in *diesen Monatsheften* besprochener) dichotomischer Schlüssel nach Art einer Flora zur Bestimmung der Hautkrankheiten. *Gunsett-Strafsburg.*

Lehrbuch der Syphilis, von HENRI HALLOPEAU und CHARLES PONQUET. (Baillière et Fils, 19 Rue Hautefeuille. Paris 1911.) Was das vorliegende Buch am meisten auszeichnet, ist die eingehende Behandlung, die es der Organsyphilis angedeihen läfst. Es ist besonders für den Dermatologen, der ja notwendigerweise viel mehr mit den Haut- und Schleimhautlokalisationen der Syphilis zu tun hat, von Wert, auch ihre übrigen Körperlokalisationen genauer zu kennen, besonders in modernster Beleuchtung,

wie sie hier geboten wird. Bekannt ist HALLOPEAUS ablehnende Stellung dem Arsenobenzol EHRLICHS gegenüber, doch erkennt H., wie man aus der Einleitung ersieht, die Wirksamkeit des Mittels wohl an: „Seine Wirksamkeit ist viel gröfser, als diejenige des Quecksilbers und Jodkaliums. Es bringt mit bemerkenswerter Schnelligkeit primäre, sekundäre und tertiäre Symptome zum Schwinden. Leider ist das Medikament toxisch und wird lokal zu schlecht vertragen, um, wie das Hektin, als Abortivtherapie der Syphilis, die doch in Zukunft das Hauptziel der Therapie sein soll, verwandt zu werden."

Worin besteht die Abortivbehandlung HALLOPEAUS? Aufser einer Lokalbehandlung der Sklerose selber mit Kalomel besteht sie in der Anwendung von lokalen subcutanen Injektionen von Hektin, sofort nach Sicherung der Diagnose. Das Hektin ist Benzo-sulfonparaamidophenylarsinat. Die Injektionen werden in den Schanker selber vorgenommen, und wenn dies nicht möglich ist, im Verlauf der Lymphbahnen der Umgebung. Man injiziert täglich 0,2 g jedesmal an einer anderen Stelle bis zur Peniswurzel. Die Injektionen sind kaum schmerzhaft und hinterlassen eine in wenigen Tagen verschwindende Induration. Die täglichen Einspritzungen werden bis zum Verschwinden des Primäraffekts fortgesetzt. Zugleich mit dieser lokalen Behandlung wird eine Allgemeinbehandlung mit löslichen Hg-Salzen sofort begonnen. H. benützt Hg. benzoicum 0,02 täglich, während der ganzen Inkubationszeit, bei Phimotischen läfst er Pastillen von 0,06 Unguentum cinereum zweimal täglich unter die Vorhaut schieben, zugleich wird noch Jodkalium verabreicht. Wenn nach 40 Tagen der zweiten Inkubation keine Manifestation eingetreten ist, so soll die Behandlung doch noch eine Zeitlang weiter dauern und zwar sollen ungefähr acht Monate lang in gewissen Abständen Merkurialkuren vorgenommen werden, zugleich alle drei bis vier Tage noch eine lokale Hektininjektion erfolgen. „Doch glaubt H., dafs eine so lange ausgedehnte Behandlung Luxus ist, dafs oft schon von vornherein die Krankheit mit dieser abortiven Therapie beseitigt worden ist." Das Hektin wird auch bei der Allgemeinbehandlung in Dosen von 0,1—0,2 in 2 ccm Wasser injiziert und soll sehr oft auch Fälle, die sich Hg gegenüber refraktär verhielten, zur Heilung gebracht haben. *Gunsett-Strafsburg.*

Memorias do Instituto Oswaldo Cruz. Band II, Heft I. (Manguintos-Rio de Janeiro. April 1910.)

Über eine neue Darmamoebe, von MAX HARTMANN-Berlin.

Eine neue Vaccine gegen den symptomatischen Karbunkel, von A. GODOY.

Beitrag zu einer neuen Klassifikation brasilianischer Entozoen, von GOMES DE FARIA.

Dicrocoelium infideum, von GOMES DE FARIA.

Zwei Beobachtungen über Infektionen durch Paratyphus- und Enteritidis-Bazillen, von ARTHUR MOSES.

Untersuchungen über Polytomella agilis, von DE BEAUREPAIRE ARAGÃO.

Dipterologische Notizen, von ADOLPH LUTZ.

Flagellaten-Studien, von HARTMANN und CARLOS CHAGOS.

Über die Keimung der Sporen, von A. GODOY.

Über die Bildung einer chininresistenten Rasse des Malariaparasiten, von A. NEIVA.

Bemerkungen über die tuberkulöse Infektion und ihr Virus, von A. FONTES.

Die Abhandlungen, die diesmal kaum etwas Dermatologisches enthalten, sind jede in portugiesischer Sprache abgefafst und in eine andere (deutsch, französisch, englisch) übersetzt. *Gunsett-Strafsburg.*

Mitteilungen aus der Literatur.

Blennorrhoe und Komplikationen.

Die akute Blennorrhoe beim Manne. Verlauf und Behandlung, von J. Sturdivaut-Read. (*Long Island Med. Journ.* Bd. IV. Nr. 2.) Der Artikel enthält nichts Neues. *Gunsett-Straſsburg.*

Chronische Blennorrhoe beim Manne, von Fletcher (*Wiscons. Med. Journ.* Okt. 1909.) Weder Antigonokokkenserum, noch Vaccine sind von irgend welchem Wert; auch hat Fl. nie eine Tendenz zur Selbstausheilung beobachtet; nur sachgemäſse lange Zeit fortgesetzte lokale Behandlung kann eine Heilung herbeiführen, die im allgemeinen auch erreicht wird. Die von ihm empfohlenen Methoden unterscheiden sich nicht von bekannten. *W. Lehmann-Stettin.*

Blennorrhoe. Primäre Infektion im Gesicht mit Achseldrüsenentzündung, von Julius Harold Hurst-Santa Barbara. (*Journ. americ. med assoc.* Bd. 54. Nr. 17.) Ein 36jähriger Mann ohne blennorrhoische Vergangenheit erkrankte an einem Absceſs in der rechten Achselhöhle. Im Eiter wurden Gonokokken gefunden. In vier kleinen Pusteln, die auf der rechten Gesichtsseite saſsen, wurden ebenfalls Gonokokken nachgewiesen. Die erste dieser Pusteln wollte der Patient eine Woche, nachdem er sich die Haare schneiden lieſs, bemerkt haben. *Schourp-Danzig.*

Der Tränennasengang als Eingangspforte der Infektion bei Blennorrhoea neonatorum und deren Verhütung, von William Linton Phillips-Buffalo. (*New York med. Journ.* 23. Juli 1910.) Die Ophthalmoblennorrhoea neonatorum kommt gewöhnlich drei bis vier Tage nach der Geburt zum Ausbruch, aber immerhin wird von Fällen berichtet, wo sie sich innerhalb der ersten 24 Stunden entwickelte. Zu geeigneten Präventivmaſsregeln ist es nun erforderlich, 1. die Ursache der Krankheit und 2. auf welchem Wege sie fortschreitet, zu wissen. Erstere ist wohl bekannt, letzteres aber komplizierter, als allgemein angenommen wird. Wenn der Fötus durch den Gebärkanal nach abwärts sich bewegt, so bietet das Amnion noch gegen Infektion Schutz, doch wenn dasselbe einreiſst, so werden die Augen durch die Trennung der Augenlider der Infektion ausgesetzt, unter der Bedingung, daſs die Scheidenmembranen genügend Kraft zu dieser Tätigkeit besitzen; anderenfalls müſste aber die Infektion auf einem anderen Wege in das Auge gelangen. Den ersteren (direkten) Weg der Infektion hält nun Ph. für den weit selteneren, für viel häufiger jenen der indirekten Infektion durch die Nase, einen Hohlraum, welcher offen bleibt und während der Rotationsbewegungen des Kopfes durch das Becken mit septischen Massen sich anfüllt, die beim ersten Atemzug nach rückwärts gelangen und alle Nasenöffnungen mit Infektion anfüllen; auch der Mund ist meist geöffnet. Von der Nase zum Auge kann nun die Infektion durch drei Wege gelangen: 1. Blut- und Lympfgefäſse, 2. durch das Antrum und die Stirnhöhlen und 3. durch den Tränennasengang, was als direkter Weg wohl der häufigste ist, wie Ph. in überzeugender Weise darzustellen versucht. Es ergibt sich daher die Pflicht des Geburtshelfers, zur Verhütung der Blennorrhoe die Nase peinlichst zu reinigen. Die Zerstörung der Keime, vor Eindringen derselben in die Gewebe, geschieht nun am besten nach Ph.s Erfahrung mit einer Bernsteinverbindung, das Disuccinid-Peroxyd, welches die Eigenschaften hat, Eiweiſs nicht zu koagulieren und zugleich nicht toxisch zu wirken; es dringt dadurch tiefer in den Tränennasengang und die Bindehautfalten ein, als die Eiweiſs koagulierenden Anti-

septika. Damit nicht septisches Material zurück in die Eustachischen Röhren getrieben werde, mufs bei der Behandlung der Kopf des Kindes nach vorne unten gehalten werden. Das Mittel wird in zunehmender Stärke von 1:500 bis 1:30 angewendet und zwar vermittels Zerstäubers. War vor der Geburt Scheidenausflufs vorhanden, so mufs die Nase mehrere Male, aufserdem aber nur einmal pro Tag auf diese Weise gereinigt werden. Der Mund mufs ebenfalls sorgfältig behandelt und die Tränennasengänge müssen sachte gegen das Auge zu massiert werden, um alle septische Massen auszutreiben; darnach wird Disuccinid-Peroxyd (1:250) oder irgend ein anderes Antiseptikum in das Auge eingeträufelt. Wenn notwendig, kann diese Behandlung wochenlang ohne Schaden fortgesetzt werden. Mit Anführung eines beweiskräftigen Falles, welchem er noch mehrere beifügen könnte, glaubt PH. gezeigt zu haben, dafs obiges Mittel vielleicht Vorteile vor der Arg. nitr.-Behandlung habe, dafs aber immerhin Reinhaltung der Nase einer der wichtigsten Faktoren in der Verhütung der Blennorrhoea neonatorum sei. *Stern-München.*

Zelleinschlüsse bei Harnröhrenblennorrhoe, von JANCKE-Bromberg. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 21.) S. fand, dafs besonders an frischen Fällen von Harnröhrenblennorrhoe ein ziemlich hoher Prozentsatz der abgestofsenen Epithelien Zelleinschlüsse aufweist, die sowohl mit den PROWAZEKschen Trachomkörpern wie auch den Negrikörpern und den Zytorrhyktesformen GUARNIERIS überraschende Ähnlichkeit zeigen. Als Färbemethode bewährte sich am besten Fixierung mit Sublimatalkohol und nachfolgende 24 stündige GIEMSA-Färbung und Alkoholdifferenzierung. Die Gröfse der runden oder ovalen Einschlüsse schwankt zwischen 0,5 und 4 μ, in den gröfseren Formen sieht man bisweilen stark tingierte Innenkörper von 0,5—2 μ Gröfse, die bei GIEMSA-Färbung schwarz-violett erscheinen, während die Einschlüsse selbst leuchtend rot oder polychrom sind. Der Bau der einzelnen Formen ist ähnlich wie beim Zytorrhyktes GUARNERI traubenförmig-vakuolär. Die meisten erkrankten Zellen haben nur einen Einschlufs, doch kommen auch mehrere (bis zu zehn) Körper in einer Zelle vor. — Wahrscheinlich sind die beschriebenen Einschlüsse identisch mit den von HEYMANN und anderen Autoren bei blennorrhoischen Urethritiden gefundenen Körpern. *Götz-München.*

Über die Wirkung der Blastomyceten und ihrer Kulturprodukte auf den Gonococcus und den blennorrhagischen Prozefs, von STANZIALE. (*Giorn. internat. delle science med.* Bd. 32, Heft 13.) Verfasser konnte in keiner Weise einen Einflufs auf den blennorrhoischen Prozefs durch Blastomyceten-Kulturen konstatieren. *Haas-Hamburg.*

Beitrag zur Pathologie und Therapie des Harnröhrentrippers beim Weibe, von G. ELIFANI-Scheggi. (*Rassegna d'Ostetr. e Ginecol.* 1910. Nr. 5.) Empfehlung des Gonosans. *W. Lehmann-Stettin.*

Die histologische Diagnose der blennorrhoischen Entzündung des Eileiters, von SCHRIDDE-Freiburg i. Br. (Dermatol. Verhandlungen. 1908. II, 2.) Die Untersuchungen des Autors ergeben, dafs die Gonokokken in der Tube ganz bestimmte, geradezu als spezifisch zu bezeichnende Veränderungen hervorrufen, die uns in den Stand setzen, mit Leichtigkeit die Diagnose zu stellen, ohne dafs man genötigt ist, den oft äufserst zeitraubenden Nachweifs der Gonokokken zu erbringen. Das wichtigste Merkmal ist das massenhafte Auftreten von Plasmazellen im Bindegewebe der Falten, im Eiter und zwischen dem Epithel. In weiter vorgeschrittenen Fällen tritt eine strang- und herdförmige Infiltration der ganzen Wand mit Plasmazellen, die in der Nähe der Schleimhaut am dichtesten ist. *Gunsett-Strafsburg.*

Akute blennorrhoische Salpingitis, von HENRY B. ORTON-East Orange. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 54. Nr. 26.) Bei der 20jährigen, fiebernden und erbrechen-

den Patientin trat nach Einspritzung von 2 ccm Antigonokokkenserum normale Temperatur ein. Nach zwei weiteren Injektionen mit demselben Quantum und Scheidenspülungen mit verdünnter Jodtinktur war die Patientin geheilt. *Schourp-Danzig.*

Über Blennorrhoe und Syphilis in der Schwangerschaft, von A. Dreyer-Köln. (*Reichs-Med.-Anzeig.* 1910. Nr. 15. u. 16.) Nichts Neues. *Schourp-Danzig.*

Blennorrhoischer Rheumatismus. (*Gaz. d. hôp.* 1910. Nr. 65, 68 und 71.) Der Artikel enthält nichts Neues. *Gunsett-Strafsburg.*

Blennorrhoische Arthritis bei einem dreiwöchigen Kinde, von G. Frank Lydston - Chicago. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 55. Nr. 6.) Das Kind zeigte 24 Stunden nach der Geburt eine Conjunctivitis auf beiden Augen; in der dritten Lebenswoche traten blennorrhoische Gelenkerkrankungen in der linken Hand und im rechten Knie auf. Unter Antigonokokkenserum trat Besserung ein. *Schourp-Danzig.*

Behandlung des blennorrhoischen Rheumatismus mit intra- und periartikulären Injektionen von unlöslichen Radiumsalzen, von L. Cheyrier. (*Gaz. d. hôp.* 1910. Nr. 56.) Es werden für je ein Gelenk im ganzen 20 bis 40 Tausendstel Milligramm Radiumsulfat injiziert. Der Verfasser rühmt die sofortige schmerzstillende Wirkung und die funktionell vortreffliche Heilung. Oft heilte am gleichen Patienten das derartig behandelte Gelenk glatt, während ein anderes nach gewöhnlicher Methode behandeltes ankylosierte. *Gunsett-Strafsburg.*

Behandlung der Gelenkkomplikationen der Blennorrhoe mit heifser Luft, von M. Grunspan und G. Faroy. (*Gaz. d. hôp.* 1910. Nr. 26.) Die Heifsluftbäder wurden zu 125° während 25 bis 30 Minuten appliziert. Die Resultate waren ausgezeichnet, sowohl was Schnelligkeit der Heilung als Funktionsfähigkeit der Gelenke anbetrifft. *Gunsett-Strafsburg.*

Akutes Delirium im Verlauf einer malignen blennorrhoischen Endocarditis den Rheumatismus cerebralis vortäuschend, von S. Bonnamour und P. Gauthier. (*Lyon méd.* 1910. Nr. 23.) Während des Lebens verlief der Fall als Gelenkrheumatismus mit cerebralen Symptomen. Bei der Autopsie fand sich eine frische vegetierende Endocarditis mitralis und eitrige Entzündung des Knie- und Schultergelenks, beide mit Streptokokken; Gonokokken fanden sich nur im Urethralausflufs. *Gunsett-Strafsburg.*

Über das blennorrhoische Hornhautgeschwür, von C. Adam-Berlin. (*Münch. med. Wochenschr.* 1900. Nr. 29.) Gegen das abfällige Urteil von Bayer (*Münch. med. Wochenschr.* Nr. 19) wendet sich A. zur Verteidigung der Lenicetbehandlung, indem er darlegt, dafs B. die Methode wohl nicht in allen Stücken nach Vorschrift durchgeführt hat, und dafs ferner die Entstehung von Kornealgeschwüren bei der Ophthalmoblennorrhoe der Erwachsenen nicht der Therapie zur Last gelegt werden kann. Diese Ulcerationen sind oftmals nicht durch Mazeration, sondern durch Nekrose der Cornea als Folge wahrscheinlich von Thrombenbildungen in den kleinsten Gefäfsen bedingt und sind demgemäfs keiner Behandlung zugängig. Andere Autoren, von denen A. sieben anführt, waren mit der Bleno-Lenicetbehandlung wenigstens zufrieden.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Über die Bedeutung der Chlamydozoen bei Blennorrhoe, von L. Halberstaedter-Berlin und S. v. Prowazek-Hamburg. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 15.) Die Übertragung der Chlamydozoenblennorrhoe erfolgt durch Übertragung von den Geburtswegen der Mutter her. Da in den letzteren auch Gonokokken vorhanden sein können, so spricht deren gleichzeitiges Vorkommen mit Chlamydozoen nicht gegen eine Selbständigkeit der Chlamydozoenblennorrhoe. Die Autoren erkennen Lindners experimentellen Beweis an, dafs Blennorrhoechlamydozoen bei Affen typisches Trachom erzeugen können.

Die histologischen Untersuchungen ergeben, dafs drei Elemente bei der Chlamydozoenentwicklung zu unterscheiden sind: Initialkörper von LINDNER, Elementarkörper (Endstadien) und Restkörper. Die bisherigen Befunde drängen zu der Annahme, dafs der Ursprung des Trachoms von Epitheliosen der Genitalsphäre abzuleiten ist und dafs bei der Trachombekämpfung auf die Chlamydozoenblennorrhoen und Urethritiden zu achten ist. *Arthur Schucht-Danzig.*

Conjunctivitis blennorrhoica und Urethritis acuta hervorgerufen durch Chlamidozoen? von E. BERTARELLI. (*Morgagni.* 21. April 1910.) PROWAZEK hatte bei Neugeborenen eine nicht auf den Gonococcus zurückzuführende Conjunctivalblennorrhoe entdeckt und konnte dabei in den Conjunctivalepithelien Körperchen nachweisen, die an die Trachomkörperchen erinnerten und die er als Chlamidozoen ansprach. Diese Körperchen wies LINDNER auch bei nicht-blennorrhoischer Urethralblennorrhoe Erwachsener nach. BERTARELLI weist, ohne das Unbewiesene dieser trachomähnlichen Urethritis zu verkennen, auf die Wichtigkeit dieser Mitteilungen für die Pathologie der Urethritis hin. *Gunsett-Strafsburg.*

Über metastatische Conjunctivitis bei Blennorrhoikern, von H. DAVIDS-Münster i. W. (*Med. Klinik.* 1910. Nr. 25.) Es kommt bei Blennorrhoe das Auftreten einer metastatischen Conjunctivitis vor ohne Vorhandensein von Gonokokken, wie ein ausführlich angeführter Fall bestätigt. Dabei handelt es sich nicht um eine echte Gonokokkenmetastase, sondern um die Wirkung ihrer Toxine oder anderer Erreger, die gleichzeitig in der Harnröhre vorkommen. Die Prognose ist durchaus gut.
Arthur Schucht-Danzig.

Sophol gegen Ophthalmoblennorrhoea neonatorum (Conjunctivitis micrococcica catarrhalis), von O. v. HERFF-Basel. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr 37.) Im Anschlufs an seine früheren Publikationen (*Münch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 46 und 47) macht v. H. nochmals auf die günstige Wirkung des Sophols als Prophylaktikum gegen Ophthalmoblennorrhoe bei Neugeborenen an Stelle des Argentum nitricums nach CREDÉscher Vorschrift aufmerksam. Unter 7500 mit Sopholeinträufelungen behandelten Säuglingen traten nur drei Erkrankungsfälle, eine Früh- und zwei Spätinfektionen, hervor. Dabei ist die Blennorrhoe in Basel so verbreitet, dafs Verfasser bei etwa 16% seiner Anstaltswöchnerinnen das Bestehen derselben annimmt.
Philippi-Bad Salzschlirf.

Ein Fall von Peritonitis bei der Blennorrhoe des Mannes, von H. BODENSTEIN-Jena. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 36.) Ein 22jähriger Knecht erkrankte nach einer GUYONschen Einspritzung von 0,5%iger Lösung von Argentum nitricum am folgenden Tage mit Erscheinungen von Bauchfellreizung, Temperatursteigerung und Übelkeit. Vom Mastdarm aus fühlte man rechts von der Prostata einen wurstförmigen Tumor. Die sofort wegen Verdacht auf Appendicitis vorgenommene Operation ergab nur sehr viel serösen Ergufs in der Bauchhöhle. Glatte Heilung. Nach etwa einem halben Jahr wurde vollständige Beseitigung der vorliegenden Affektionen konstatiert. Verfasser nimmt eine Reizung des Bauchfells auf dem Wege der Samenbläschen vielleicht als Folge der Injektion an.
Philippi-Bad Salzschlirf.

Über Rektalblennorrhoe im Kindesalter, von L. KAUMHEIMER-München. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 18.) Bei einem 1¾ Jahr alten Mädchen, das wegen Vulvovaginitis blennorrhoica im Krankenhaus behandelt wurde, fand sich einige Tage nach der Aufnahme eine schleimig-eitrige Beimischung an den Faeces. Dieselbe enthielt zahlreiche Gonokokken. Auffallend war die Geringfügigkeit der Störung im Allgemeinbefinden und im subjektiven Verhalten während der sich auf fünf Monate erstreckenden Krankheit. Verfasser glaubt, dafs sich weit häufiger, als im allgemeinen

angenommen wird, Gonokokken im Rektum bei bestehender Scheidenblennorrhoe vorfinden dürften. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über die Behandlung der Epididymitis blennorrhoica, von St. Pozsgay-Arad. (*Budapesti Orvosi Ujság.* 1910. Nr. 29.) Verfasser verwendete in 306 Fällen Guajacol in 10—20%iger Lösung. Bei Kindern und bei Greisen mufs man, namentlich wenn es auf gröfserer Fläche benutzt wird, vorsichtig sein, denn es können unangenehme Nebenwirkungen — profuses Schwitzen, Erbrechen, Schüttelfrost, Kollaps — auftreten. Als schmerzstillendes Mittel verdient es in der Tat Beachtung. In seinen Epididymitisfällen benutzte Verfasser 5—10%iges Guajacolvaselin und die Wirkung blieb in keinem einzigen Falle aus. Seit einem Jahre benutzt Verfasser die Biersche Methode und in Betracht dessen, dafs man auf dieser Methode zugunsten der Kranken am erfolgreichsten arbeiten kann, empfiehlt er sie aufs wärmste. Er wendete sie in 32 Fällen an und stets mit bestem Erfolg. *Porosz-Budapest.*

Über Epididymitis blennorrhoica und ihre Behandlung, von C. Bruck-Breslau. (*Med. Klinik.* 1910. Nr. 21.) An Stelle der Nebenhodenpunktion nach Schindler wird nach Neisser in Fällen, wo fühlbar Abscesse nicht vorhanden sind, eine Schlitzung der Tunica ohne Verletzung der Nebenhodensubstanz vorgenommen: Mit einem feinen Bistouri wird die mit Jodtinktur bepinselte Skrotalhaut in der Länge von 1 cm durchstochen und, unter Entgegendrängen des kranken Nebenhodens, die Tunica communis und propria an der Cauda in der Länge von höchstens 1 cm aufgeschlitzt. Die Wirkung ist ebenso prompt wie bei der Punktion.

Von der Stauungsbehandlung wurde ein Nutzen nicht beobachtet.

Die Erfahrungen über Vaccinbehandlung bei Epididymitis sind nach wie vor sehr günstig gewesen: die Schmerzen lassen bald nach, die Resorption geht rasch von statten, und die Knotenbildung wird nur selten beobachtet. Auch ältere fieberfreie Fälle werden mit Erfolg behandelt. Bei den so behandelten Fällen wurde nie ein Rezidiv oder ein Überspringen auf die gesunde Seite bislang beobachtet. Wenn Fieber vorhanden ist, mufs das Abklingen desselben erst abgewartet werden.

Bei renitenten Indurationen, alten fibrösen Prozessen, wird viel von Fibrolysin- oder Thiosinamininjektionen Gebrauch gemacht.

Die lokale Behandlung wird nur bei ganz akuten und fiebernden Fällen auf zwei Tage ausgesetzt, alsdann wird gleich wieder mit Injektionen der Anterior und mit Gyonbehandlung der Posterior begonnen. Vor gleichzeitiger Massagebehandlung der Prostata wird gewarnt.

Die interne Therapie (Gonosan usw.) ist ziemlich nutzlos bzw. nur unterstützend.

Von grofsem Vorteil ist gleichzeitige Atropindarreichung nach Schindler.

Arthur Schucht-Danzig.

Über Punktionsbehandlung der Epididymitis blennorrhoica, von R. Frühwald-Leipzig. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 41.) Das Resultat der Erfahrungen, welches Verfasser mit der Punktion des Nebenhodens mit blennorrhoischer Entzündung an 33 Fällen gesammelt hat, läfst sich kurz dahin präzisieren, dafs der Eingriff bei manchen Patienten vorteilhaft ist, und namentlich in ausgezeichneter Weise schmerzlindernd wirkt, in anderen Fällen dagegen unwirksam bleibt. Ausgeführt wurde der Eingriff folgendermafsen: Die rasierte und mit Alkohol gereinigte Skrotalhaut wird mit der linken Hand über den erkrankten Nebenhoden gespannt, und die ausgekochte Spritze wird rasch 1 — 2 cm tief in den Schwanz des Nebenhodens eingestochen. Unter Aspiration wird die Spritze langsam zurückgezogen, worauf die Einstichöffnung mit Heftpflaster verklebt wird. Die weitere Behandlung besteht dann in Hochlegung und der Applikation von heifsen Umschlägen. Ein Vergleich zwischen punktierten und

nicht punktierten Fällen ergab, daſs die Spontanschmerzen durchschnittlich verschwanden bei ersteren in 1,7, bei letzteren in 2 Tagen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Zur Frage der Kupierung der Blennorrhoe, von Heilig - Straſsburg i. E. (*Med. Klinik.* 1910. Nr. 25.) Verfasser bestreitet den Wert der prophylaktischen Methode, bald nach dem Coitus eine 20%ige Protargollösung in die Urehthralmündung einzuträufeln, und hält andere Umstände, z. B. baldige Mictio post coitum, für ebenso geeignet im Sinne der Prophylaxe. Als Beweis führt er einen Fall an, wo 40 Stunden post coitum leichte Sekretion vorhanden war; mikroskopisch fanden sich „neben Schleim sehr zahlreiche Epithelien und neben einer Unzahl belangloser Kokken und Stäbchen reichliche, durch die Gram-Färbung einwandfrei nachgewiesene Gonokokken, aber noch keine Leukocyten.“

Hieraus geht zur Genüge hervor, daſs die vom Verfasser „einwandfrei nachgewiesenen Gonokokken“ wahrscheinlich keine Gonokokken gewesen sind, da man nie aus Gram-Negativen Diplokokken ohne typische intracelluläre Lagerung in den Leukocyten und ohne Kultur Gonokokken diagnostizieren kann. Somit ist es kein Wunder, wenn auch ohne kupierende Behandlung in diesem Falle die klinischen Erscheinungen ausblieben — es waren eben nie Gonokokken in der Harnröhrenmündung vorhanden gewesen. *Arthur Schucht-Danzig.*

Erwiderung auf den Artikel von Dr. Heilig: „Zur Frage der Kupierung der Blennorrhoe“, von Ernst R. W. Frank. (*Med. Klinik.* 1910. Nr. 36.) Verfasser wahrt seine Prioritätsrechte bezüglich des Protargolprophylaktikums, das als von Lesser stammend angegeben wurde. *Arthur Schucht-Danzig.*

Blennorrhoeprophylaktikum nach Blockusewki.

℞	*Protargol*	1,0
	solve in Aq. dest. frigida	6,0
adde	*Alypin nitric.*	0,25
	solut. in Aq. dest.	4,0

In dieser neuen Form wird die Blennorrhoeprophylaxe auch für die empfindlichsten Patienten dauernd anwendbar, die sich bisher durch die Reizerscheinungen von der weiteren Verwendung abschrecken lieſsen.

Haben wir in bezug auf die Blennorrhoe Fortschritte gemacht? Von L. B. Bangs-New York. (*Amer. Journ. med. clinic.* Mai 1910.) Aus einer kritischen Besprechung der Literatur und nach seinen eigenen, langjährigen Erfahrungen kommt B. zu dem Schluſs, daſs wir heutzutage doch mit mehr Einsicht im allgemeinen auf diesem Gebiete verfahren. Die Dauer des Leidens ist durchschnittlich immer noch vier bis sechs Wochen, und den Berichten über Schnellkuren bringt B. entschiedenes Miſstrauen entgegen. Auch zeigen die Statistiken der groſsen Krankenhäuser noch immer eine stetige erhebliche Vermehrung der Zahl der Fälle. Dagegen ist die Schmerzhaftigkeit des ersten Stadiums durch die neueren Methoden entschieden vermindert, und die Entstehung von Komplikationen, namentlich von Strikturen, wird weniger häufig beobachtet als früher. B. verwendet gern die albuminoiden Silbersalze; mit H_2O_2 hat er keine befriedigenden Erfahrungen gehabt. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Prinzipien der Behandlung des akuten Trippers, von Bogdanow. (*Med. Obosrenje.* 1910. Bd. 73, S. 840.) Auf Grund seiner eigenen, reichen Erfahrungen an den Kranken der andrologischen Klinik zu Moskau ist Verfasser, entgegen der Annahme vieler Autoritäten, zur Überzeugung gekommen, daſs die balsamischen Mittel beim akuten Tripper von groſser Bedeutung sind. Zu dieser Annahme wird Verfasser gedrängt, weil er im Tripper von vornherein eine allgemeine Infektionskrankheit sieht. Er nimmt an, daſs die balsamischen Mittel stimulierend auf die Zellen einwirken und

den Organismus zur möglichst raschen Ausarbeitung von Schutzstoffen (Opsonine, Alexine usw.) anregen. *Arthur Jordan-Moskau.*

Die Behandlung der akuten Blennorrhoe, von Britz. (*Fortschr. d. Med.* 1910. Nr. 28.) Empfehlung des Mucosan nach guten Erfolgen in sechs Fällen. *Haas-Hamburg.*

Zur Behandlung des akuten wie chronischen Trippers mit Wasserstoffsuperoxyd, von Skulski. (*Wretschebnaja Gaseta.* 1910. S. 603.) Skulski, welcher als Landarzt die Tripperfälle nicht spezialisiert behandeln kann, berichtet über einige Fälle von Heilung bei Anwendung einer 2—3%igen Lösung von Wasserstoffsuperoxyd, teils zur Injektion, teils zur Janetschen Spülung. *Arthur Jordan-Moskau.*

Die Behandlung der Blennorrhoe und ihrer Komplikationen, von Alfons Nathan-Berlin. (*Die Therapie der Gegenwart.* März 1910.) Verfasser empfiehlt im infektiösen Stadium eine möglichst aggressive, antiblennorrhoische Therapie. Bedenklich wird manchem Therapeuten die Empfehlung täglicher Janetscher Spülungen der Blase mit einer Albarginlösung auch bei nur vorhandener Blennorrhoe der Urethra anterior erscheinen. Im übrigen sind die Ratschläge sehr beachtenswert, wenn sie auch dem Spezialisten wenig Neues bieten. *Arthur Schucht-Danzig.*

Über die Behandlung der Blennorrhoe des Mannes, von Klingmüller-Kiel. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 32.) Um weitere Anhaltspunkte für die Beurteilung der neueren Behandlungsmethoden und Mittel bei der Blennorrhoe zu gewinnen, hat Verfasser genaue Untersuchungen über den Gonokokkenbefund während und nach der Behandlung, Dauer der letzteren und Häufigkeit der Komplikationen aufgezeichnet. Es stehen ihm 162 derartige genau kontrollierte Fälle zur Verfügung; durch nachträgliche Kontrolle wurde festgestellt, dafs die Heilung auch von Bestand war. Zum Vergleiche sind zusammengestellt die Durchschnittsperioden der Behandlung mit Protargol (26 Tage), Argentannin-Albumose (27 Tage), Hegonon (22 Tage), ferner von Abortivbehandlung mit Argentum nitricum (21 Tage), desgleichen mit Protargol (17) und Argentamin-Albumose (17). Der Prozentsatz der Komplikationen variierte von 0% bei Verwendung von Hegonon (bei 38 Fällen) bis zu 22,2% bei der Abortivbehandlung mit Argentum nitricum und Argentamin-Albumose. Die zweckmäfsigste Behandlung ist nach K.s Erfahrungen demnach die Verwendung von Hegonon (Silbernitrat-Ammoniak-Albumose, Chemische Fabrik vormals E. Schering), in 0,25%iger Lösung als Injektion, wobei die von Neisser für die Blennorrhoebehandlung formulierten Regeln als Norm gelten sollen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die rationelle Behandlung der Blennorrhoe, von Gaudy. (*La Policlinique.* Brüssel 1910. Nr. 10.) Der Artikel enthält nicht Neues. *Gunsett-Strafsburg.*

Behandlung der Blennorrhoe mit Berücksichtigung der Frage der Sterilität, von B. C. Corbus-Chicago. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 54, Nr. 23.) Nichts Neues. *Schourp-Danzig.*

Pharmakologische und bakteriologische Untersuchungen über die bei der Blennorrhoebehandlung zur Verwendung gelangenden Silberpräparate, von Conrad Siebert. (*Zeitschr. f. Hyg. u. Inf.* Bd. 65, Heft 3.) Verfasser kommt auf Grund der sehr genauen Untersuchungen zu folgenden Schlufsfolgerungen: 1. Der absolute Silbergehalt eines Präparates gibt a priori keinen Anhaltspunkt zur Beurteilung der Einwirkung einer Silberverbindung auf die Gonokokken. Der Silbergehalt spielt aber eine Rolle innerhalb der Gruppen ähnlich aufgebauter Silberverbindungen. 2. Die Lösungen der Präparate, die das Silber in ionaler Form enthalten (Silbersalz), töten absolut genommen Gonokokken in geringerer Konzentration ab als solche, die es maskiert enthalten (Silbereiweifsverbindungen). 3. Die Wirkung des Silbers kann

gesteigert werden durch Verbindung mit einem an sich wirksamen Bestandteil (Ichthargan, Argentamin). 4. Die kolloidalen Silberpräparate haben im allgemeinen eine schwache Wirkung. 5. Die ionalen Silberpräparate haben in therapeutisch verwendbaren Dosen einen geringeren nährbodenverschlechternden Effekt als die Präparate mit maskiertem Silber. 6. Die komplexen Silbereiweifsverbindungen, aber nicht die Lösungen von kolloidalem Silber in Eiweifs, haben für die Therapie im Bereiche ihrer Anwendungsmöglichkeiten eine gnügende Gonokokken tötende Kraft im Verein mit einer ausgesprochenen nährbodenverschlechternden Wirkung, und sind daher bei der Therapie der Blennorrhoea acuta anterior und bei Abortivbehandlung zu bevorzugen. 7. Die Versuche von M. Steen beweisen, dafs die Zellgiftigkeit der Silbereiweifsverbindungen eine geringere ist als die von ionalen Silberverbindungen. Auch dieser Umstand spricht für Verwendung der Silbereiweifspräparate, da man auf Grund desselben annehmen darf, dafs die Silbereiweifsverbindungen eine geringere Reizwirkung auf die entzündeten Schleimhäute ausüben werden. *Haas-Hamburg.*

Vorläufige Mitteilung über die bakteriologische Behandlung blennorrhoischer Prozesse, von K. Sakurane und Yasugi-Osaka. (*Mitteil. d. med. Ges. zu Osaka.* 1909. Bd. VIII, Heft 7.) Bei Urethralblennorrhoe erzielten die Verfasser ebensowenig wie Bruck durch Vaccinebehandlung Erfolge, doch glauben sie, die qualvollen Reizerscheinungen der akuten Blennorrhoe und der Konjunktivalblennorrhoe durch Vaccinebehandlung gemildert zu haben. Bei Arthritiden und Prostatitiden sahen sie wohl Erfolge, aber in Anbetracht von deren Unsicherheit empfehlen sie von vornherein die Kombination dieser Behandlung mit anderen bewährten Mafsnahmen.

Arthur Schucht-Danzig.

Behandlung blennorrhoischer Infektion mit Antigonokokkenserum, von Th. C. Stellwagen - Philadelphia. (*Therap. Gazette.* April 1910.) St. hat die Gonokokkenvaccine der Firma Parke, Davis & Co. bei 27 Patienten verwendet und kommt zu folgenden Schlüssen: 1. Akute und chronische Urethritis wird durch die Serumbehandlung nicht beeinflufst, doch wirkt die Lokalbehandlung nach dem Gebrauch des Serums rascher. 2. Prostatitis wird häufig gebessert, Epididymitis manchmal geheilt durch Serumbehandlung. 3. Bei blennorrhoischer Arthritis wirkt das Serum direkt spezifisch. 4. Die besten Resultate und keinerlei Nebenerscheinungen — abgesehen von leichten Eruptionen, die bald wieder verschwinden — wurden erhalten, wenn täglich 2—4 ccm Serum verabfolgt wurden. *W. Lehmann-Stettin.*

Zur Frage der Behandlung der blennorrhoischen Affektionen mit Vaccinen, von Sowinski. (*Russki Wratsch.* 1910. S. 700.) In 22 Fällen von Tripper hat Verfasser Vaccinen injiziert und in fünf Fällen mit sehr gutem Resultat. Zur Vaccinebehandlung eignen sich nur die chronischen oder subchronischen, aber nicht die akuten Fälle. Nach den Einspritzungen, welche in Pausen von fünf bis elf Tagen vorgenommen werden, beobachtet man am selben oder folgenden Tage eine Temperatursteigerung, welche zwischen 37,2 und 38,8° schwankt. *Arthur Jordan-Moskau.*

Die Vaccinetherapie der blennorrhoischen Infektionen durch die Wright-sche Opsoninmethode, von C. Jarvis. (*Presse méd.* 1910. Nr. 19.) Die Gonokokkenvaccine wird hergestellt durch das Institut Pasteur in Paris, das Lister Institute in London und durch die Fabriken Burroughs-Wellcome und Parke Davis, letztere unter Wrights Kontrolle. In kleinen und mittleren Dosen, sogar in richtig angewandten starken Dosen ist die Vaccine unschädlich.

Die schwachen Dosen (von 1 bis 10 Millionen), in Intervallen von fünf bis sieben Tagen angewandt, sind sicherer als starke Dosen (50 bis 100 Millionen) in langen Zwischenräumen. Die schwachen Dosen bewirken zuerst eine scheinbare Verschlimmerung der Symptome, die 48 Stunden anhält. Dann kommt eine Periode der

Besserung, die drei bis fünf Tage anhält, und zum Schlufs dieser Periode mufs eine neue, etwas stärkere Dosis Vaccine injiziert werden. Es ist unnötig, sich nach der Opsoninkurve des Kranken zu richten. Die Vaccinetherapie ist am wirksamsten bei den Komplikationen der Blennorrhoe, entbindet aber nicht von der klassischen Lokalbehandlung. *Gunsett-Strafsburg.*

Die Dosierung der Gonokokkenvaccine, von W. R. Jamieson-Torréon (Mexiko). (*The Therap. Gaz.* Mai 1910.) Eine wirklich genaue Dosierung ist nur möglich durch regelmäfsige Bestimmung des opsonischen Index; dazu aber hat der allgemeine Praktiker, wie Verfasser meint, weder Zeit, noch Neigung, noch Instrumente und Einrichtung, noch auch genügende Vorbildung. Er soll sich deshalb nach den klinischen Symptomen richten und im allgemeinen sich immer vor Augen halten, dafs eine kleine Dosis oft mehr erreicht als eine grofse, die von einer übermäfsigen Reaktion gefolgt ist; ebensowenig wird es gelingen, mit ein oder zwei Injektionen eine Heilung herbeizuführen. Es bedarf einer ganzen Serie von Einspritzungen und auch diese werden ihre ganze Wirksamkeit nur entfalten können, wenn alle sonst üblichen, lokalen und allgemeinen Mafsnahmen nicht verabsäumt werden. Selbst die Zeit bis zu einer völligen Heilung wird durch die Vaccinebehandlung nur unerheblich verkürzt, doch glaubt Verfasser, dafs die Heilung eher eine radikale ist.

Im allgemeinen sind in akuten Fällen die Dosen kleiner zu wählen als bei chronischen; bei den ersteren ist mit Injektionen von 5 bis höchstens 10 Millionen (abgetötete Gonokokken) zu beginnen, während in chronischen Fällen 50 Millionen als erste Dosis gegeben werden können. Zu berücksichtigen ist dabei, dafs bei bestehenden Komplikationen die Reaktion eine heftigere zu sein pflegt, dementsprechend die Anfangsdosis etwas kleiner zu wählen ist. *W. Lehmann-Stettin.*

Eine Elektrode für die Ionisierung von Silber, Zink und Kupfer in der Behandlung der chronischen Urethritis, von J. J. P. Armstrong-Douglas. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 55, Nr. 1.) Modifikation der Neiswangerschen Kataphoren-Elektrode. *Schourp Danzig.*

Zur Behandlung der akuten blennorrhoischen Urethritis beim Manne mittels passiver Hyperämie, von Alexander Miles-Edinburg. (*Edinb. med. Journ.* Juni 1910.) M. erklärt die Behandlung der Harnröhrenblennorrhoe mit den Einspritzungen als eine völlig ungenügende, ja sogar als noch schlechter denn nutzlos, und er suchte daher nach einer befriedigenderen Methode, die er in der Bierschen Saugbehandlung gefunden zu haben glaubt. Die Schwierigkeit, eine geeignete Sauglocke, die an den Penis fest angelegt werden konnte, zu finden, wird nach einigen Versuchen überwunden. Der zur Anwendung gekommene Apparat besteht aus einem etwa 20 cm langen, 6 cm im Durchmesser breiten Glascylinder, an einem Ende geschlossen und nahe an diesem blinden Ende mit einer kleinen seitlichen Röhre versehen, an diese fügt sich mittels eines kurzen Gummischlauches eine Metallpumpe, um den Glascylinder luftleer zu machen; eine Klammer am Gummischlauch dient zur Schliefsung, nachdem die Luft ausgepumpt ist. Über dem offenen Ende des Glascylinders befindet sich ein konischer, oben verdickter Gummiring, um den Penis luftdicht gegen den Apparat abzuschliefsen. Der Gummiring wird so weit hinten wie möglich am Penis angebracht, die Glasglocke darüber und mit dem Gummiring verbunden und in drei bis vier Zügen (an der Pumpe) luftleer gemacht. Der Penis wird plötzlich turpid, geschwollen, blau verfärbt, ähnlich wie bei Priapismus. Ist nur mäfsiger Ausflufs vorhanden, so kommen einige Tropfen Eiter aus dem Meatus; richtig ausgeführtes Saugen verursacht keinen Schmerz oder Unbehagen; wenn Schmerz vorhanden ist, so ist die Luftleere zu hochgradig und sollte etwas Luft durch leichtes Nachlassen der Klammer eingeführt werden. Nach fünf bis zehn Minuten wird letztere

entfernt, Luft eingelassen und nach fünf Minuten Pause wiederum gesaugt, was man zwei- bis dreimal wiederholt, so dafs die ganze Sitzung etwa eine Stunde dauert. Diese Applikation geschieht täglich einmal. Die Resultate waren auffallend gleichmäfsige: bemerkenswerte Zunahme der polymorphen Leukocyten und der relativen Menge der intracellulären Kokken nach der Saugung. Offenbar ist die durch die Saugmethode verursachte Hyperämie von ausgesprochener lokaler Leukocytose begleitet und die so vermehrten Phagocyten nehmen die Mikroorganismen in sich auf. An über 300 Fällen von akuter Blennorrhoe der vorderen Harnröhre — und nur diese kommt in Betracht — erprobte M. diese Methode, der er nachrühmt, dafs sie reinlicher sei als jene der Injektionen, der Patient leichter angehalten werden kann, sie selbst auszuführen und dafs sie mit besonderem Vorteil bei Phimosis anzuwenden ist; der Zeitaufwand von einer Stunde pro Tag spiele bei diesen Vorzügen keine Rolle, zumal die Injektionen ja dreimal täglich ausgeführt werden müfsten. Schmerz und Brennen beim Urinieren werden oft nach der ersten Anwendung erheblich gemindert und sind gewöhnlich nach dem zweiten Behandlungstag verschwunden, Harndrang, wenn vorhanden, läfst bedeutend nach, Chorda wurde in keinem der behandelten Fälle beobachtet. In der Mehrzahl der Fälle, wo die Behandlung frühzeitig begann, hörte der eitrige Ausflufs in etwa 14 Tagen auf und ein leicht schleimiger Ausflufs war etwa noch drei Tage länger vorhanden. Nur in zwei Fällen trat Epididymitis auf und das Fehlen jeglicher Komplikationen rühmt M. als Hauptvorteil der Saugmethode: kein Fall von Prostatitis oder Prostata-Abscefs, von Cystitis oder periurethralem Abscefs, nur in wenigen Fällen Übergang auf die Pars posterior und da nur in ganz milder Weise. Gleichzeitig innere Mittel (Sandelöl oder Alkalien) sind immerhin empfehlenswert. *Stern-München.*

Zur Therapie der Blennorrhoe mittels der Blennolenizetsalbe, von H. Bayer-Strafsburg i. E. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 19.) Entgegen den günstigen Berichten anderer Autoren über die mit der Blennolenizetsalbe bei blennorrhoischer Conjunctivitis erzielten Erfolge konstatiert B., dafs an der Strafsburger Augenklinik dieses Verfahren entschieden schlechtere Resultate leistete als die sonst übliche Therapie. Bei einer 68jährigen Patientin endete die Augenaffektion mit totaler Erblindung, und bei den anderen elf Fällen (Kinder im Alter von acht Tagen bis zu 11 Jahren) war die Heilung langwierig und vielfach unter ernsteren Ulcerationen erfolgt.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Zur Therapie der Blennorrhoe mittels der Blennolenizetsalbe, von Kümmell-Erlangen. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 28.) Verfasser bestätigt, dafs auch er mit dieser Salbe nicht so gute Resultate bei der Augenblennorrhoe wie mit der altbewährten Höllensteinbehandlung erzielt habe. Er schildert zwei Fälle, eine 40jährige Frau und einen sechs Wochen alten Säugling betreffend, bei denen die doppelseitige Augenentzündung gleichzeitig an einem Auge mit Blennosalbe, am anderen mit Höllensteinlösung behandelt wurde. Letztere war wesentlich erfolgreicher.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Behandlung der Blennorrhoe mit inneren Medikamenten, von Adolf Erdös. (*Pest. Med.-Chirurg. Presse.* 1910. Nr. 15.) Als internes Medikament empfiehlt Verfasser das Allosan, welches Mundschleimhaut und Magenwand nicht reize. Ferner weist er auf die von Schindler angegebene Atropinbehandlung hin.

Arthur Schucht-Danzig.

Zur Behandlung des Trippers mit Balsamicis, von M. v. Zeissl-Wien. (*Med. Klinik.* 1910. Nr. 19.) Von den Balsamicis, die eingehend besprochen werden, bevorzugt Verfasser das Gonosan. Seine Tripperbehandlung besteht im akuten Stadium in Einspritzungen und Massenspülungen der vorderen Harnröhre mit Kalium perman-

ganicum, Ichthyol, Protargol, Albargin usw. und in der Verabreichung balsamisch-ätherischer Mittel bei guter Verdauung. Gute Erfolge erzielte er neuerdings mit dem von ARLT bei Trachom erprobten Cusol (Cuprum citricum) in 5%iger Lösung.

Arthur Schucht-Danzig.

Erfahrungen über Balsamica und Abortivkuren bei der akuten Blennorrhoe, von A. CITRON-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 19.) Bei Thyresol sah Verfasser nie lästige Nebenwirkungen, kann aber den Balsamicis keine wesentliche Heilwirkung auf die Blennorrhoe zuerkennen, sondern sieht in ihnen nur Verlegenheitsmittel. Für den günstigen Verlauf der Blennorrhoe in den letzten beiden Jahrzehnten sind nicht Gonosan und andere Balsamika mit ihren Bergen von Literatur, sondern nur die allgemeinere und konsequente Anwendung der Silbersalze die Ursache. Dafs die Strikturen an Häufigkeit abnehmen, ist eine Tatsache, die auch anderenorts, z. B. in den Breslauer Polikliniken, soweit Referenten bekannt ist, in auffälliger Weise in die Erscheinung getreten ist. *Arthur Schucht-Danzig.*

Über Gonosan und dessen sogenannte „Ersatzpräparate“, von GEORG JOACHIM-Berlin. (*Med. Klinik.* 1910. Nr. 15.) Empfehlung des Gonosans. Der angebliche gonokokkentötende Einflufs des Gonosanharns wird bekanntlich von anderer Seite ganz entschieden bestritten. *Arthur Schucht-Danzig.*

Therapeutische Anwendung des Allosan in 100 Fällen von Blennorrhoea urethrae, von ANTON REGENSPURGER-Wien. (*Med. Klinik.* 1910. Nr. 8.) Nach den Erfahrungen des Verfassers wird Allosan, das sowohl in Tabletten- als in Pulverform dispensiert werden kann, ausnahmslos, auch bei Idiosynkrasie gegen Balsamika, vorzüglich und in gröfseren Dosen vertragen. Die Erfolge waren sehr günstig.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Anatomie und Physiologie der Haut.

Die neuen Untersuchungen über die Herkunft und Entwicklung der Lymphgefäfse, von J. SOLLY. (*Presse méd.* 1910. Nr. 48.) Der Aufsatz enthält eine literarische Studie über die modernen Lymphgefäfsforschungen, nach welchen das Lymphgefäfssystem nicht mehr in offenen Kanälen mit dem Bindegewebe kommuniziert, sondern von einer überall geschlossenen Endothelhaut umgeben ist, welche entwicklungsgeschichtlich aus einer an bestimmten Stellen des Venensystems auftretenden Knospung hervorgeht. *Gunsett-Strafsburg.*

Die Haare mit zusammengesetzter Papille, von SEBASTIANO GIOVANNINI-Turin. (*Anat. Anz.* 1910. Bd. 37, Nr. 2 u. 3.) Nur ein Teil der Haare mit zusammengesetzter Papille unterscheiden sich von denen mit einfacher, und zwar durch das Vorhandensein von ein bis vier Verdickungen im Bulbus, durch Abflachungen im Halsteil und durch das Auftreten von mehreren Mark- und inneren Rindenzonen. Ferner findet sich bei ihnen eine Pigmentanhäufung über dem Bulbus. *Gunsett-Strafsburg.*

Eine seltene Anomalie in der Färbung des Kopfhaares, von M. WUNSCH-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 18.) Auftreten von Inseln rötlichen Haares im dunklen Kopfhaar bei einem sieben Jahre alten Knaben. Die Veränderungen traten im ersten Lebensjahre ein. *Arthur Schucht-Danzig.*

Mikroskopische Technik.

Vergleichende Untersuchungen über die Kerngröfse bei den verschiedenartigsten epithelialen Neubildungen, insbesondere bei Carcinomen, von BASILIUS SOMMOS. (Inaug.-Dissert. Würzburg 1910.) An dieser Stelle interessieren besonders

die Untersuchungen des Verfassers über die Haut. Die Kerngröſse der normalen Plattenepithelzellen der Haut beträgt 8,1 μ in der Länge und 6,75 μ in der Breite. Als chronisch-entzündliche Prozesse und hypertrophische Wucherungen der Haut dienten dem Verfasser Granulome und als gutartige Geschwülste Papillome der Haut. Die Granulome waren teils einfach entzündlicher, teiis tuberkulöser Natur. Bei beiden granulomatösen Prozessen verhält sich die Wucherung des Epithels gleich. Die Epithelzapfen dringen in die Tiefe in das gewucherte Bindegewebe hinein, meist von entzündlichen Infiltraten umgeben. Bei diesen Veränderungen konnte Verfasser wahrnehmen, daſs dem Wachstum der Epithelzapfen immer eine starke entzündliche Wucherung des Bindegewebes vorangeht. Je stärker diese vorhanden ist, um so unregelmäſsiger und tiefer wachsen die Zellen. Die Kerne der gewucherten Zellen weisen eine annähernd regelmäſsige Gröſse auf. Was die Form derselben anbelangt, so zeigen sie manchmal eine leichte Polymorphie, und zwar meist dort, wo eine starke entzündliche Infiltration vorliegt. Bei der genauen Messung der vom Verfasser untersuchten neun Granulompräparate konnte er feststellen, daſs die mittlere Gesamtgröſse der Kerne bei diesen eine Länge von 9,45 μ und eine Breite von 7,20 μ beträgt, wobei die Gröſse der Kerne bei einzelnen Granulomformen zwischen 8,55 μ und 11,25 μ in der Länge und zwischen 6,75 μ und 8,10 μ in der Breite sckwankte. Was die Kerngröſse der untersuchten Hautpapillome betrifft, so betrug dieselbe insgesamt 9,90 μ in der Länge und 7,20 μ in der Breite. Beim Vergleich dieses Befundes mit den oben angeführten Kerngröſsen bei Granulomen läſst sich ein unbedeutender Unterschied in der Länge nachweisen, während die Breite bei beiden dieselbe bleibt.

Ganz anders liegen die Verhältnisse bei Carcinomen. Hier erlangen die Zellen eine viel höhere Proliferationstätigkeit, eine selbständige Existenzfähigkeit, sie vermehren sich unaufhaltsam und schrankenlos und zerstören und vernichten auf ihrem Wege alles. Dadurch bekommt das Carcinom ein mikroskopisch charakteristisches Gepräge. Ferner vermehren sich die Epithelzellen nicht in einer gewissen Anordnung, in einem kompletten Zellenzusammenhang, wie diesen die Epithelzapfen darstellen, sondern sie lösen sich zu einer gewissen Zeit ihrer Entwicklung von diesen Zapfen ab und dringen selbständig, wie Parasiten, in alle Gewebsspalten, um dort zur Vernichtung des Gesamtorganismus neue Zellen zu produzieren. Dabei ist die höchst interessante Frage zu beantworten, in welchem Zusammenhang die Kerngröſse zu diesem wilden Wachstum steht. Die Kerne verhalten sich je nach den Bedingungen und der Lokalisation im Gewebe verschieden. Man findet solche, die vollkommen wie die normalen aussehen, manchmal sogar noch kleiner erscheinen, andere aber übertreffen zuweilen die normalen Kerne an Gröſse bedeutend und erfahren überdies leichte Abweichungen in der Form, sie werden polymorph und variieren untereinander. Solche Veränderungen sind nur da zu konstatieren, wo die Zellen in die Tiefe wachsen und noch die Anordnung der Epithelstränge oder -Zapfen besitzen. Wenn sich aber rings um die Zapfen kleinzellige Infiltrate bilden, so ändert sich die Gestalt und die Gröſse der Kerne so stark, daſs sie mit den vorher erwähnten Kernen nicht mehr vergleichbar sind; sie werden enorm groſs, aufgequollen, plump und dick, mitunter stark polymorph.

Bei seinen Messungen hat sich Verfasser streng daran gehalten, solche Kerne für die Bestimmung der Mittelgröſse nicht zu benutzen. Er maſs sie nur, wo es angänglich war, und fügt ihre besonderen Gröſsenverhältnisse der Bemessungstabelle an.

Auch die Lokalisation spielt eine gewisse Rolle bei der Gestaltung und Gröſse der Kerne. Verfasser hat öfters in Plattenepithelkrebsen beobachtet, daſs die einzeln im Stroma liegenden Kerne an solchen Stellen, wo sich derbes Bindegewebe entwickelt hat, kleiner und gleichsam zusammengedrückt erscheinen (sekundäre Atrophie in

scirrhösen Partien!), während an anderen Stellen, wo das Gewebe weicher und nachgiebiger für das Eindringen der Carcinomzellen war, die Kerne zu einer beträchtlichen Gröſse wuchsen. Die mittlere Gröſse der Kerne aller untersuchten 26 Hautkrebse ist: mittlere Länge 11,25 μ und Breite 8,10 μ. *Fritz Loeb-München.*

Leukocytendarstellung im Gewebe durch Adrenalin, von C. Kreibich-Prag. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 19.) Mit Lösung von Suprarenin und Epirenan 1:1000 färben sich sowohl unfixierte wie in Formol fixierte Gefrierschnitte rötlich; die Färbung betrifft ausschlieſslich Granula, und zwar hauptsächlich die eosinophilen, weniger die neutrophilen Granula. Der Kern bleibt stets ungefärbt; in Aufstrichpräparaten war die Färbung nicht zu erzielen. *W. Lehmann-Stettin.*

Bakteriologie.

Die neueren Methoden zur Darstellung des Treponema pallidum mit besonderer Berücksichtigung der Tuschefärbungsmethode, von Fraser B. Gurd-New Orleans. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 54, Nr. 22.) Zusammenfassende Übersicht, ohne Neues zu bringen. *Schourp-Danzig.*

Über einfache Methoden zur schnellen Färbung lebender Spirochäten, von Meirowsky-Köln a. Rh. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 27.) Mit Methylviolett (Grübler) und einigen Tropfen physiologischer Kochsalzlösung stellt man sich einen Brei her, den man ins ulcerierte Primärsyphilid oder Kondylom kräftig einreibt; in dem nach einigen Minuten entnommenen Reizserum findet man die Spirochäten schön violett gefärbt, und zwar die Refringens intensiv blauviolett, die Pallida hellviolett. Auch durch einfaches Einreiben von Kristallviolett kann man gefärbte Spirillen gewinnen; oder auch man verreibt einige Körnchen Kristallviolett mit etwas Reizserum auf einem Objektträger. Die Spirochaete dentium läſst sich schön färben, indem man auf einen erhitzten Objektträger eine konzentrierte Lösung von Neutralrot aufträgt und das mit der zu untersuchenden Flüssigkeit beschickte Deckgläschen auf die Farbschicht aufdrückt. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über einige neuere Methoden der Anreicherung und Färbung des Tuberkelbacillus, von Hermann Trunk-Hörgas. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 29.) Verfasser gibt genaue Anweisung zur Anstellung der von Zahn und der von Hammerl empfohlenen Methoden; ausführlich verbreitet er sich über das Antiforminverfahren, namentlich in der Abänderung von Schulte. Wenn auch dieses Verfahren den Nachteil hat, daſs es mit virulentem Material arbeitet, so läſst es doch einen absolut sicheren Schluſs auf das Vorhandensein von Tuberkelbazillen zu. Auſserdem gibt das Antiformin nicht nur eine verfeinerte Methodik der Untersuchung des Sputums, sondern gestattet auch die Untersuchung des Stuhles und die Verarbeitung von tuberkulösen Drüsen, fungösem Gewebe usw. *W. Lehmann-Stettin.*

Die Spirochaeta pallida, von R. P. Campbell-Montreal. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 54, Nr. 20.) In 44 von 49 Fällen sekundärer Syphilis konnte C. im von den Tonsillen entnommenen Serum Spirochäten nachweisen, und zwar von der Periode der regionalen Drüsenschwellung bis zum Verschwinden der Sekundärerscheinungen. *Schourp-Danzig.*

Über die Bedeutung des Burrischen Verfahrens (flüssige Tusche zum Nachweis der Spirochäten der Syphilis), von Petersen. (*Russki Wratsch.* 1910 Nr. 32.) Wie schon früher einmal, empfiehlt P. in dieser Arbeit nochmals die Färbung der Spirochaeta pallida nach Burri mit flüssiger Tusche als eine sichere und sich durch ihre Schnelligkeit für die Sprechzimmeruntersuchung gut eignende Methode. P. verfährt dabei folgendermaſsen: Das Geschwür wird mit Benzin oder Borlösung

gereinigt und dann von den Seiten zusammengepreſst. Nach Entfernung des Blutes dringt ein durchsichtiges Serum hervor, auf welches ein Deckgläschen gelegt wird. Jedem Tröpfchen Serum wird Tusche beigefügt und verrieben. Es bildet sich eine hellgraubraune Schicht, welche bald trocknet und sogar ohne zweites Deckgläschen mit einem Tröpfchen Zedernöl untersucht werden kann. *Arthur Jordan-Moskau.*

Nachweis der Spirochaeta pallida durch ein vereinfachtes Tuschverfahren, von J. Berg-Dortmund. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 20.) B. empfiehlt, das Reizserum, wenn eine Verdünnung angebracht ist, nicht mit Aqua destillata, sondern statt mit einer mit zwei oder mehreren Ösen Tusche zu vermischen; man erhält so vollständig übersichtliche Präparate. *Götz-München.*

Hygiene.

Verwendung steriler Wäsche beim Säuglinge, von Edmond Weill-Lyon. *Arch. de méd. des enfants.* April 1910.) Der Verfasser konnte in seiner Kinderbewahranstalt durch systematische Benutzung nur steriler Wäschestücke, Windeln usw. bei verschiedenen Hautkrankheiten externen Ursprungs, sowohl in prophylaktischer wie auch in kurativer Hinsicht, sehr gute Erfolge erzielen. Erytheme verschiedener Art, pustulöse und ulceröse Eruptionen verschiedener Körperteile, namentlich der behaarten Kopfhaut, des Gesäſses, der Schenkel, und multiple Abscesse der Haut werden auf diese Weise viel sicherer verhütet resp. geheilt, als dies bei Anwendung der gewöhnlichen gewaschenen Wäsche und des antiseptischen Heilverfahrens der Fall ist. Selbstverständlich kann nicht angenommen werden, daſs die sterile Wäsche eine direkt kurative Wirkung ausübt, doch kann nicht bestritten werden, daſs unter ihrem Einflusse verschiedene, auf Hautinfektion beruhende Hautkrankheiten leichter heilen, da sie keiner neuen Infektion ausgesetzt sind, während dieselben sonst sich ins Unendliche fortspinnen. Furunkel und Abscesse müssen selbstverständlich vorerst chirurgisch behandelt werden, aber von dem Augenblicke ihrer Eröffnung ist die Heilung eine rapide.

Im allgemeinen darf nicht vergessen werden, daſs die Haut des Neugeborenen einer offenen Wunde gleichzuhalten ist und müssen daher alle Maſsregeln ergriffen werden, um dieselbe vor Infektion zu schützen. Nur auf diese Weise kann es zu einer Festigung derselben in physiologischer und anatomischer Beziehung kommen.

Statistische Daten zeigen, daſs die Anwendung steriler Kinderwäsche eine Verminderung der sonstigen Morbidität und der allgemeinen Mortalität in der betreffenden Anstalt nach sich ziehen kann. *E. Toff-Braila.*

Erziehung und Unterricht in sexueller Beziehung als Prophylaxe gegen Geschlechtskrankheiten, von A. Ravogli-Cincinnati. (*New York med. Journ.* 11. Juni 1910.) In längeren Ausführungen und Beweisen aus der praktischen Erfahrung (der Studenten von Cincinnati) spricht R. die Überzeugung aus, daſs Erziehung viel zur Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten beiträgt. Um aber dies zu erreichen, sind folgende Punkte beachtenswert: 1. Erklärungen über die Funktionen der Geschlechtsorgane, 2. deren Hygiene zu geben, 3. ethische Gesichtspunkte über die Hochachtung gegen das schöne Geschlecht aufzustellen, 4. eindringlich die Gefahren der Geschlechtskrankheiten, die dem unerlaubten Geschlechtsverkehre entspringen, und 5. die Notwendigkeit einer raschen und sachgemäſsen Behandlung für die Erkrankten darzustellen. *Stern-München.*

Die Segnungen des freien Unzuchtgewerbes, von G. Vorberg-Hannover. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 19.) Verfasser kennzeichnet seine Stellung zu diesem Thema mit den Worten: „Weit entfernt, im Bordellsystem eine Lösung der

Prostitutionsfrage zu sehen, halte ich doch gut überwachte Bordelle für die am wenigsten gefährlichen Verbreitungsstätten der Syphilis." Er stützt seine Ansicht durch einige eigene und von anderen Gelehrten ausgeführte, gewichtige Beobachtungen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie der Haut.

Die Beziehungen des Nervensystems zu Hautkrankheiten, von J. A. Fordyce-New York. (*New York med. Journ.* 4. Juni 1910.) Im allgemeinen mufs bezüglich des Einflusses des Nervensystems auf die Entstehung von Hautkrankheiten festgestellt werden, dafs von den höheren Gehirnzentren bis zur peripheren Verteilung der Nerven die Haut reflektorisch Zirkulations- oder trophische Störungen befallen, wovon einige sogar ganz typischer Art sind. Das Nervensystem ist direkt betroffen bei sensorischen Störungen, wie Hyperästhesien, Anästhesien und Parästhesien. Nächstdem kommen die Hautveränderungen bei Syringomyelie, die Veränderungen, welche peripheren Nervenaffektionen bei Lepra folgen, und andere Formen von Neuritis. Das Nervensystem kann als prädisponierende oder ursprüngliche Ursache bei Ekzema, Dermatitis herpetiformis, Lichen planus, Pemphigus usw. durch Herabsetzung des Nerventonus wirken. Psychischer Schock, geistige Überanstrengung, Angst, Kummer sind Zustände, welche in solchen Fällen ätiologisch oft angenommen werden. Hysterie führt zu Selbstverstümmelung, zu sensorischen Störungen und möglicherweise auch zu spontanen Blasenaffektionen und Gangrän. Es ist schliefslich nicht unwahrscheinlich, dafs das Nervensystem durch den Sympathikus, die Nebennieren und andere chromaffine Gewebe, die mit dem Sympathikus in Verbindung stehen, bei gewissen Pigmentveränderungen und Leukodermien eine Rolle spielt. F. belegt seine einzelnen Schlufsfolgerungen, die hier nur als solche angeführt sind, mit einer Anzahl instruktiver Beispiele.

Stern-München.

Beitrag zu den bei dem Pruritus, den Erythemen und der Urticaria vorkommenden inneren Störungen mit besonderer Berücksichtigung des Gastrointestinaltraktus, von Moritz Ahlendorf. (Inaug.-Dissert. Jena 1910.) Verfasser hat sich die Aufgabe gestellt, die Untersuchungsreihen Spiethoffs (*Arch. f. Dermat.* 1908. Bd. 90 — *Dtsch med. Wochenschr.* 1908. Nr. 27) unter Verwendung derselben Methoden einheitlich fortzusetzen, um das Resultat auf eine gröfsere Zahl aufzubauen. Bei seinen Versuchen kam Spiethoff zu der Ansicht, dafs der Verlauf der Urin-Pepsin-Fibrinverdauung bis zu einem gewissen Grade von dem Salzsäuregehalt des Magens abhängig zu sein scheint, und zwar in der Weise, dafs eine auffallende Verlangsamung der Urin-Pepsin-Fibrinverdauung oder ein Ausbleiben beobachtet wird bei Anazidität oder bei mehr oder minder starker Subazidität, häufig verbunden mit Indikanurie.

Verfasser untersuchte 5 Fälle von Strophulus, 8 Fälle von Ekzem bei Kindern, 3 Fälle von Pruritus bei Kindern. Von diesen 16 beobachteten Fällen von Dermatosen bei Kindern lag 5 mal Strophulus vor, und zwar wurde in jedem dieser 5 Fälle Subazidität nachgewiesen. Unter den beobachteten 3 Pruritusfällen fand sich 1 mal Perazidität und 1 mal Subazidität; bei letzterem Falle war Indikan vermehrt. In der Reihe der Ekzemkinder, bei denen andere Hauterscheinungen, wie Strophulus, Pruritus, wenigstens zur Zeit der Beobachtung und Behandlung des Ekzems, nicht vorlagen, findet sich unter 8 Fällen 2 mal Sub-, 3 mal Perazidität. Fafst man sämtliche Ekzemfälle zusammen, gleichgültig, ob sie mit Pruritus, Strophulus einhergehen oder nicht, so erstrecken sich die Untersuchungen des Verfassers auf 11 Fälle, von denen 8, d. h. 72,7% (Spiethoff 71,4%) mit Störungen im Verdauungschemismus auftraten.

Von Dermatosen bei Erwachsenen konnten folgende Fälle beobachtet werden: 5 Fälle von Urticaria Erwachsener, 8 Fälle von Pruritus Erwachsener, 11 Fälle von Ekzem Erwachsener. Bei den 5 Fällen von Urticaria war 1 mal Subazidität und 1 mal Perazidität vorhanden. Im Falle der Subazidität liefs sich starke Indikanurie nachweisen. Unter dne 8 Fällen von Pruritus kann man wegen des Alters der Patienten (von 60 Jahren an) 3 Fälle zum sog. Pruritus senilis zählen. 3 mal lag Perazidität vor, 3 mal Subazidität. Unter den 8 Pruritusfällen liefsen sich 6 mal, d. h. in 75 % der Fälle, innere Störungen nachweisen. Bei der Betrachtung der Ekzemfälle schliefst Verfasser zunächst diejenigen aus, die auf dem Boden eines Pruritus entstanden waren. Es bleiben dann 11 reine Ekzemfälle übrig, die zur Zeit der Beobachtung nicht den Eindruck des sekundären Charakters machten. Bei diesen 11 Fällen liefsen sich 6 mal Verdauungsanomalien, 3 mal Perazidität und 3 mal Subazidität, d. h. in 55 %, feststellen. Spiethoffs Prozentsatz lautet 53 %.

Zum Schlufs gibt Verfasser noch die Daten von 10 weiteren Dermatosen (Akne, Rosacea usw.).

Bei 50 vorgenommenen Magenuntersuchungen von Pruritus, Strophulus, Ekzem, Urticaria, Rosacea konnte 31 mal eine Veränderung im Magenchemismus festgestellt werden, 20 mal eine Sub- bzw. Anazidität und 11 mal Perazidität, d. h. in 62 % der Fälle. Das entspräche prozentualiter ungefähr den Spiethoffschen Befunden, welcher unter 68 Fällen 38 mal Sekretionsanomalien feststellte, d. h. in 56 % der Fälle. Bei 40 systematisch durchgeführten Indikanuntersuchungen ergab sich 6 mal eine Indikanurie, und zwar bei Sub- bzw. Anazidität. *Fritz Loeb-München.*

Der Einflufs der accessorischen Streptokokkeninfektion auf chronische Infektionskrankheiten, von Alexander Werner-Budapest. (*Budapesti Orvosi Ujság.* 1910. Nr. 6.) Schwere luetische Veränderungen, die sich auf die ganze Haut erstreckten, bildeten sich rapide zurück, als sich ein Gesichtserysipel dem Leiden zugesellte. Ein 23 jähriger Schustergeselle wurde bisher keiner antiluetischen Behandlung unterzogen. Knorpelharte Inguinaldrüsen, Polyadenitis. Auf der ganzen Haut zerstreute circinärförmige, heller- bis kinderhandgrofse, in der Mitte heilende, an den Rändern sich weiterverbreitende ulceröse, mit Grind bedeckte, ab und zu ausgeprägte rupiöse Syphilide, stellenweise alleinstehende Papeln und skleröse Papeln am Rachenbogen. Vier Wochen nach Auftreten des Erysipels haben sich alle im Fortschreiten begriffenen Prozesse zurückgebildet und nur die Pigmentationsspuren sind noch sichtbar. In einem zweiten Falle gesellte sich die Streptokokkeninfektion zur Pseudoleukämie. Die akute Infektion führte wohl zum Exitus, aber die rasche Rückbildung einzelner Symptome der Pseudoleukämie war unverkennbar. Mit der Pseudoleukämie hingen urtikarielle Veränderungen zusammen. An der äufseren Seite des rechten Schenkels, bis an das Knie war eine scharfbegrenzte, lebhafte Röte und Gedunsenheit aufgetreten, aufserdem bestand ständiges Fieber. Urticaria und Jucken blieben während des ganzen Verlaufes aus. Patient starb an Sepsis. Aus den erwähnten Krankheitsprozessen kann der Schlufs gezogen werden, dafs die infolge des Streptococcustoxins entstandenen Antistoffe die Wirkung jener Stoffe paralysieren, die bei einer malignen Lues und einer Pseudoleukämie im Blutkreis zirkulieren. *Porosz-Budapest.*

Originalstudie über die Entwicklung der Haare bei chirurgischen Krankheiten, von Poenaru-Caplescu-Bukarest. (*Spitalul.* 1910. Nr. 12.) Die genaue Beobachtung zahlreicher chirurgischer Fälle mit langer Heilungsdauer hat dem Verfasser eine Tatsache aufzufinden erlaubt, welcher die Chirurgen bis nun keine Beachtung geschenkt zu haben scheinen. Dieselbe tritt dann in Erscheinung, wenn die Heilungsdauer der betreffenden Krankheit mehr als einen Monat beträgt, und besteht darin, dafs das Haarsystem der betreffenden Gegend über der kranken Stelle und in der

Umgebung derselben einer auffallenden Hypertrophie verfällt. Man kann dies bei chronischen Eiterungen, Gelenkentzündungen, Nekrosen, Frakturen, Drüsenhypertrophien und anderen chirurgischen Affektionen beobachten. Auffallend ist diese Hypertrophie, falls die Krankheit einseitig auftritt und also das verstärkte Wachsen der Haare nur auf der kranken Seite zur Beobachtung gelangt. In manchen Fällen scheint der Grund dieser Erscheinung darin zu liegen, daſs die Patienten zahlreiche warme Lokalbäder machen, hierdurch ein erhöhter Blutandrang zu den kranken Teilen stattfindet, welcher dann zu einer Hypertrophie der Haarfollikel führt. In anderen Fällen dürfte die normale Reaktion des Organismus, bestehend in vermehrtem Blutzuflusse zu den kranken Teilen, eine ähnliche Wirkung hervorrufen.

E. Toff-Braila.

Experimentelle Untersuchungen über das Wesen der Arzneiexantheme, von Carl Bruck-Breslau. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 12.) Von den beiden Gruppen der Arzneidermatosen, der Reizbarkeit einzelner Individuen auf an sich reizende Stoffe, wie Terpentin usw., oder der erworbenen und angeborenen Idiosynkrasie gewisser Menschen gegen für normale Haut indifferente Stoffe, wie Morphium usw., deutet die letztere auf Anaphylaxiephänomene hin.

In zwei Fällen gelang Bruck der Nachweis, daſs das disseminierte Tuberkulinexanthem auf einer experimentell nachweisbaren Anaphylaxie beruht, und daſs deren Nachweis durch passive Übertragung bei normal auf Tuberkulin reagierenden Tuberkulösen nicht gelingt.

Weiterhin gelang Verfasser der Nachweis, daſs das Serum eines klinisch ausgesprochene Jodoformidiosynkrasie aufweisenden Patienten einen Körper enthält, der, passiv auf das normale Meerschweinchen übertragen, Symptome auslöst, die den bei der Anaphylaxie bekannten analog sind. Es ist also anzunehmen, daſs die Jodoformidiosynkrasie zuweilen durch echte, experimentell nachweisbare Anaphylaxie des menschlichen Körpers gegenüber dem Jodoform bedingt ist. Aus Analogieschlüssen nimmt Verfasser jedoch an, daſs das Jodoform beim Menschen nicht selbst die Anaphylaxie erzeugt, sondern daſs bei der Jodoformzufuhr ein jodierter, nicht mehr artspezifischer Eiweiſskörper entsteht, der nun anaphylaktisierend wirkt. Es ist dann die Jodoformanaphylaxie eine Unterart der bekannten Eiweiſsanaphylaxie.

Arthur Schucht-Danzig.

Experimentelle Untersuchungen über den Einfluſs der lokalen Behandlung auf die Entzündung, von J. Schäffer-Breslau. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 18.) Die Schäffersche Arbeit, welche vielen aus der ausführlichen Monographie bekannt sein dürfte, verdient die gröſste Beachtung. Gibt sie doch unter Anwendung einer originellen Versuchsanordnung Antwort auf die Frage: Wie wirken die von uns alltäglich angewandten Behandlungsmethoden auf die lokale Entzündung?

Um einen bestimmten, wohlgraduierten Entzündungsreiz auszulösen, werden an symmetrischen Stellen eines Versuchstieres nach einer bestimmten Technik Catgut- oder Seidenfäden, die mit entzündungserregenden Flüssigkeiten getränkt sind, durch die Haut und das Unterhautbindegewebe eingeführt. Auf der einen Seite wird eine Behandlungsmethode vorgenommen: heiſse Umschläge, Eisblase, Spiritusverbände usw., während die andere, unbehandelt bleibende Seite zur Kontrolle dient.

Bei den verschiedenen Formen der Hitzeapplikation stellten sich wesentliche Unterschiede nicht heraus. Auf der behandelten Seite findet sich starke arterielle Hyperämie und starke Füllung sämtlicher Lymphgefäſse und Lymphspalten, zumal um den irritierenden Fremdkörper herum. Lokale Eiterung wird dabei ganz vermiſst; statt dessen finden sich in den Gefäſsen und ihrer nächsten Umgebung in Degeneration begriffene weiſse Blutkörperchen, die Schäffer Leukocytenschatten nennt. Der Lymph-

strom begünstigt eine schnelle Rückwirkung des Prozesses auch dort, wo es infolge gröfserer Gewebsschädigung schon zu Abscefsbildung gekommen ist. Nach Aussetzen der Hitzebehandlung bleiben die Vorgänge lange Zeit in ganz ähnlichem Sinne bestehen. Die Art der Entzündung auslösenden Ursache ist für die Wirkung der Lokaltherapie gleichgültig. Die Temperaturgrenze ist zur Vermeidung von Gewebsschädigung für feuchte Wärme 41° C, für trockene Wärme 45° C.

Für die Kältewirkung ist die Applikationstechnik von gröfster Bedeutung: dünnwandige Blase, Verwendung kleinster Eisstückchen, Ablassen von Wasser und Luft. Der Effekt der Kältewirkung ist nur beim ersten Anblick der Präparate ein gleicher. Es wird jedoch die natürliche Reaktion des Organismus gehemmt infolge lähmender Einwirkung der Kälte auf die Leukocyten. Nach Fortlassen der Kältebehandlung setzt sogleich eine starke reaktive Entzündung ein. Kältewirkung ist daher dort, wo sie indiziert ist, dauernd zu applizieren.

Von den feuchten Verbänden wirken der mit impermeabler Deckschicht und der einfache feuchte Priessnitz-Umschlag verschieden. Nur dem ersteren kommt eine günstige Wirkung zu.

Die Wirkung der Spiritusverbände ist ganz analog derjenigen der lokalen Wärmebehandlung; die Konzentration soll möglichst hoch sein (85—96%).

Die Arbeit ist von gröfstem Wert für die Aufklärung des Wesens unserer Entzündungstherapie. *Arthur Schucht-Danzig.*

Aktive Immunisierung des Menschen mittels abgetöteter Pockenvaccine, von Wilhelm Knöpfelmacher-Wien. (*Med. Klinik.* 1910. Nr. 16.) Früher gelang es Verfasser, durch subcutane Injektion sehr stark verdünnter Kuhpockenvaccine am Menschen Immunität gegen nachfolgende intradermoidale Impfung zu erzeugen. Versuche mit Injektion von durch Erhitzen abgetöteter Kuhpockenvaccine ergab, dafs nur grofse Mengen avirulenter Vaccine einen Einflufs im Sinne einer Immunisierung haben. Um die Endotoxine in der Pockenvaccine nicht nachteilig zu beeinflussen, erhitzte Verfasser die Kuhpockenvaccine eine halbe Stunde lang auf nur 58° C und injizierte 0,5—1,0 g.

Die Tabelle (20 Fälle) lehrt, dafs von fünf Kindern, welche später als am neunten Tage nach der Injektion der Hautimpfung unterzogen wurden, keines mit Pustelbildung reagiert hat. Während der ersten acht Tage nach der Injektion war das Verhalten ungleichmäfsig, so bekam ein am achten Tage geimpftes Kind Pusteln.

Dafs die auf die spätere cutane Impfung nicht reagierenden Personen durch das Virus beeinflufst sind, so dafs sie nunmehr überempfindlich oder allergisch (Pirquet) sind, versuchte Verfasser durch die nachherige Vacccineprobe darzutun (Vaccine aus einer Glasphiole eine halbe Stunde lang auf 58° C erhitzt, mit neun Teilen steriler physiologischer Kochsalzlösung verrieben und das Ganze subcutan injiziert). Bei fünf von elf derartigen Kindern bekam er deutlichen Ausfall der Probe.

Bei der Wichtigkeit dieser Versuche sind Nachprüfungen wohl sicher bald zu erwarten. *Arthur Schucht-Danzig.*

Über Neubildung von Talgdrüsen, von B. Gurewitsch. (Inaug.-Dissert. Berlin 1910.) Die interessante Arbeit eignet sich nicht zu einem kurzen Referat. Aufser einem guten Überblick über den Stand des Titelthemas gibt Verfasser die Resultate seiner Nachprüfung der Versuche von Ribbert wieder. Das fleifsige Literaturverzeichnis wird denen gute Dienste tun, die sich mit der Frage der Neubildung von Talgdrüsen beschäftigen. *Fritz Loeb-München.*

Versuche über die Regeneration der Epidermis, von M. Schein-Budapest. (*Bör-és Bujakortan, Beiblatt der Budapesti Orvosi Ujság.* 1910. Nr. 1.) Die Haut wird mit einer 10%igen Argentum nitricum Lösung grau gefärbt und man wartet, bis die

farbige Schicht verschwindet. Die Haut wird wieder mit der Lösung angestrichen. Die Zeit, die bis zum Ablösen der grau gefärbten Schicht verstreicht, kann als Mafsstab für die Regeneration der Epidermis angesehen werden. Verfasser nahm an sich selbst Versuche vor. Die an drei verschiedenen Regionen liegenden Flecken lösten sich nach derselben Zeit, in 14—16 Tagen, ab. Dafs die Flecken vom Unterarme bei der ersten Gelegenheit nach 14—15 Tagen, bei der zweiten Gelegenheit nach 19 Tagen sich loslösten, ist nicht auffallend. Der Zeitpunkt der Ablösung hängt nämlich davon ab, wann sich die obersten Schichten der Epidermis ablösen. Wenn die Pinselung dann geschieht, wenn gerade eine neue Epidermisschicht an die Oberfläche gelangt, würde die Ablösung erst nach längerer Zeit erfolgen, als in dem Falle, wenn die Hornschicht schon eine Zeit lang bestanden hat. In der Regeneration der Epidermis wurde eine gewisse Regelmäfsigkeit und ein einheitliches Verhalten beobachtet.

Porosz-Budapest.

Über den Einflufs des gepulverten Argentum nitricum auf das Wachstum der Granulationen und des Epithels, von M. Baruch-Berlin. (*Münch. med. Wochenschrift.* 1910. Nr. 35.) Als ein vorzügliches Streupulver auf granulierende Hautdefekte und auch bei unreinen infizierten Wunden empfiehlt B. eine Mischung von gepulvertem Höllenstein (1,0) mit sterilisierter Bolus alba (100,0). Die Porzellanerde wird durch Erhitzen auf 100 — 150° C sterilisiert, wodurch sie sowohl hygroskopischer als auch feinkörniger wird. Das Pulver wird natürlich in dunklen Fläschchen dispensiert, die man sich (etwa durch Überspannen mit weitmaschiger Gaze) als Streubüchse herrichtet.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Eine anaphylaktische Hautreaktion als Kontraindikation für Behandlung mit Antitoxin, von W. L. Moss-Baltimore. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 55, Nr. 9.) Nach Injektion von Antitoxinserum entstehen bei einer Anzahl Menschen Erytheme, Urticaria, Lymphdrüsenanschwellugen, Gelenkschmerzen, Fieber, Kollaps, Albuminurie und blutige Stühle. Der Verfasser benutzte die von Knox, Moss und Brown angegebene Methode der anaphylaktischen Hautreaktion bei Kaninchen auf Pferdeserum, indem er den Patienten 0,01 ccm normalen Pferdeserums subkutan in den Oberarm einspritzte. Die positive Reaktion besteht in einer 1—2 cm im Durchmesser grofsen Entzündungszone, welche innerhalb 24 Stunden nach der Injektion auftritt und nach zwei bis drei Tagen verschwindet.

Schourp-Danzig.

Über die Bedeutung der Haut als Chlordepot, von J. H. Padtberg - Utrecht. (*Arch. f. exper. Path. u. Pharmak.* 1910. Heft 1 u. 2.) Der Verfasser nahm die bereits von Wahlgren ausgeführten Untersuchungen, aus denen hervorging, dafs die verschiedenen Gewebe des Körpers in sehr ungleichem Mafse befähigt sind, Chlor aufzunehmen und zu speichern, speziell für die Haut wieder auf. Er fand, dafs sowohl bei chlorreicher als bei chlorarmer Ernährung Haut, Blut, Niere und Lunge den gröfsten, die Muskeln den niedrigsten prozentischen Chlorgehalt besitzen. Bei chlorreicher Ernährung fand sich über ein Drittel, bei chlorarmer über ein Viertel des gesamten Körperchlors in der Haut, der Rest befand sich zum gröften Teil im Blut, Muskeln, Darm und Skelett. Nach intravenöser Chlorzufuhr wächst der prozentische Chlorgehalt am stärksten in der Haut. Nach intravenöser Kochsalzinfusion werden 28—77% des im Körper retinierten Chlors und 31—76% des in die Gewebe aufgenommenen Chlors in der Haut gefunden. Nach chlorarmer Ernährung sinkt beim Hunde der Chlorgehalt des Körpers um 11—21%. Das abgegebene Chlor entstammt zu 60—90% der Haut, trotzdem diese nur etwa 16% des Körpergewichts ausmacht. Die Versuche lehren also, dafs die Haut beim Hunde bei weitem das wichtigste Chlordepot darstellt, welches bei vermehrter Zufuhr von Chloriden diese zu speichern und im Bedarfsfalle wieder abzugeben vermag.

Gunsett-Strafsburg.

Über die Aufnahme von Radiumemanation durch die Haut, von W. ENGELMANN-Bad Kreuznach. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 22.) Die noch unentschiedene Frage, ob auch die Haut Radiumemanation aufnimmt, wurde vom Verfasser auf der STRASSBURGERschen Abteilung in Bonn bearbeitet. Gesunde Personen erhielten Emanationsbäder; vor und nach denselben wurde die Ausatmungsluft auf das Vorhandensein von Emanation hin geprüft. Bei dem Kontrollversuch erhielt die Person emanationsfreie Luft zum Einatmen von aufsen her. Nach den Emanationsbädern von einer Stunde Dauer und 12000—15000 M. E.-Stärke ist Emanation in der Ausatmungsluft nachzuweisen, auch wenn die Inhalierung sicher ausgeschlossen ist. Es sind daher Bäder, Packungen und Umschläge als wichtige Anwendungsformen nach wie vor anzusehen.

Arthur Schucht-Danzig.

Einflufs des Chloroforms auf cutane Resorption des Jothions, von BALDONI. (*Bollet. d. R. accad. med. di Roma.* 36. Jahrg. Nr. 6.) Der Verfasser fand, dafs die gewöhnliche Resorption des Jothion zu 15—30% aufgenommen werden kann. Läfst man auf Jothioneinreibung eine solche von Chloroform folgen, so erhöht sich die Resorption auf 25—45%. Er empfieht deshalb in der Praxis dem Jothion Chloroform zuzufügen. Interessant sind auch die Experimente, die der Verfasser anstellte, um die Jodverteilung in den verschiedenen Organen festzustellen. Er fand bei Laboratoriumstieren nach Jothioneinverleihung die stärkste Jodreaktion in der Leber und den Nieren, eine diskrete aber konstant nachweisbare auch im Gehirn, während Blut, Muskeln und Fett ziemlich intensive Reaktion zeigten. Von Jod frei waren hingegen Lungen, Magen und Darm. *Gunsett-Strafsburg.*

Verschiedenes.

Warnung vor dem Spezialfach der Dermatologie, von v. NOTTHAFFT. Eine eindringliche, aber berechtigte Warnung vor dem Studium der Dermatologie als Spezialfach erläfst der bekannte Münchener Dermatologe v. NOTTHAFFT im „*Ärztl. Vereinsbl.*“ 1910. Nr. 789. Nach Weglassung des über die Chancen bei anderen Fakultäten Gesagten bringen wir den Artikel vollständig, da ein Referat nur den Eindruck abschwächen würde.

„Von sämtlichen Spezialfächern ist das Dermatologische das am meisten besetzte, d. h. soweit die grofsen Städte in Frage kommen, und immer im Verhältnis zur Zahl der Hilfesuchenden. Absolut genommen sind natürlich die Geburtshelfer viel zahlreicher. Dafs die Dermatologie so bevorzugt wird, hängt wohl in erster Linie davon ab, dafs die Dermatologie unter sämtlichen Spezialfächern am meisten an dem leidet, was wir oben bedauernd von der Medizin im allgemeinen hervorgehoben haben, dafs die Einträglichkeit der Praxis nicht in wünschenswertem Mafse durch die Kenntnisse des Spezialisten bedingt ist. An sich ist Dermatologie eines der schwierigsten Fächer. Die genaue Kenntnis der dermatologischen Krankheitsbilder, die Virtuosität in der Behandlung der Hautleiden, wie auch der blennorrhoischen Affektionen ist nur durch jahrelange Übung zu erlangen. Aber in praxi sind einmal die eigentlichen Hautleiden der kleinere Teil der Beschäftigung eines Dermatologen. Der Löwenanteil fällt den Sexualleiden zu. Diese aber erfordern zwar sicher eine Routine des Therapeuten, aber nur objektiv, nicht so sehr vom subjektiven Standpunkte des Patienten aus. Der Blennorrhoiker wie der Syphilitiker können nicht beurteilen, ob ihr behandelnder Arzt auch wirklich sein Thema beherrscht. Damit rechnet aber die grofse Anzahl

der sogenannten Spezialisten, in Wirklichkeit Pseudospezialisten, welche nach keiner oder doch ungenügender spezialistischer Ausbildung sich an den grofsen Verkehrsadern der grofsen Städte niederlassen.

In einer Stadt, wo ich die Verhältnisse genau kenne, liegen diese so, dafs die gröfste Klientel ein Mann besitzt, der keine spezialistische Ausbildung hat, dafür aber jeden zweiten Tag in den Zeitungen annonciert. Die Syphilis der gleichen Stadt behandelt vor allem ein anderer Annonceur, der täglich seine quecksilberfreie und giftlose Behandlung der Syphilis anpreist. Ein Dritter mit sehr bedeutender Praxis mufste aus der Liste der Ärzte, welche die Krankenkassenmitglieder behandeln, gestrichen werden, weil er die Kasse um Tausende von Mark betrogen hat; heute besteht seine Tätigkeit im Betrieb einer Art Friseurbude, in welcher den Damen die Kopfhaare gewaschen werden. Rezepte werden nicht geschrieben; sondern die unübertrefflichen Heilmittel, welche kein anderer Arzt hat, werden mittels einer Art chiffrierter Anweisung aus der nächsten, entsprechend instruierten Apotheke bezogen. Ein Vierter, der ebenfalls ganz ungenügend ausgebildet ist, läfst durch eine Fabrik einen En-tous-cas-Haarspiritus verkaufen, welcher auf Rezept nicht mehr zu haben ist. Der gleiche Herr behandelte jahrelang heimlich hinter dem Rücken von Militärarzt und Direktor die akuten blennorrhoischen Affektionen der Schüler einer Militärschule und erzeugte so durch Aufserachtlassung des Gebotes der Ruhe jedenfalls massenhaft Komplikationen und chronisches Leiden. Geschadet hat es ihm nichts. Im Gegenteil: er ist heute „Garnisonsarzt", d. h. der Vertraute der meisten liebeskranken Leutnants. Ein Fünfter „heilt" die akute Blennorrhoe, indem er die Kranken in die Nähe einer Bogenlampe setzt. Und so weiter.

Der Dermatologe hat aber nicht nur die Konkurrenz dieser Herren zu fürchten. Nein! Auch die Nichtärzte pfuschen gerade ihm ins Handwerk. Den Lesern dieses Blattes noch von den marktschreierischen Reklamen der Naturheilkundigen und anderer Pfuscher, welche gegen die Vergiftung mit Quecksilber donnern und jede Blennorrhoe nur mit Sitzbädern und inneren Mitteln „heilen", etwas zu erzählen, hiefse wohl: Eulen nach Athen tragen. Aber auch auf dem eigentlichen Gebiete des Dermatologen machen ihm die Pfuscher Konkurrenz. Wie Pilze schiefsen in den grofsen Städten die Schönheitsinstitute, die Institute für amerikanische oder Pariser Schönheitspflege aus dem Boden. Die Inhaber und Inhaberinnen derselben haben natürlich keine Ahnung von medizinischer Kosmetik: sie verüben vielfach die schwersten gesundheitlichen oder kosmetischen Schädigungen. Auch hiefür seien ein paar klassische Beispiele erzählt:

Dame, Arztens(!)schwester, wird wegen eines Chloasma faciei mit Ätzpaste solange behandelt, bis die Haut bis zur Subcutis zerstört ist. Folge: scheufsliche Entstellung durch Narbenkeloid. Der gleiche Fall ist mir erinnerlich bei einer Dame, die wegen Hypertrichosis sich behandeln liefs. Ein Friseur, welcher die gesamte vornehme Damenklientel der Stadt „behandelt", rupft seiner Kundin, die wegen Defluvium kommt, ein Haar aus, untersucht es „mikroskopisch", findet dann etwas Krankhaftes, was wir dummen Dermatologen nicht finden können, verkauft Massage und einen Spiritus, und konstatiert nach vier Wochen wieder mikroskopisch, dafs die Haarwurzeln schon viel gesünder sind. Vor kurzem klingelte mich eine Person an: sie wolle hier ein Atelier für Schönheitspflege errichten; ob ich ihr die Kopfmassage nicht zeigen könne. Das klingt sehr ehrbar, ist es aber nicht, das Weib wollte nur die Technik gezeigt haben, damit sie im Besitze derselben schwindelhafte Pfuscherei hätte treiben können.

Alle diese unsauberen Herrschaften nehmen dem ausgebildeten Dermatologen den Lohn weg.

Aber auch durch vollkommen einwandfreie Vorkommnisse und Entwicklungsvorgänge hat sich das Spezialfach der Dermatologie in den letzten Jahren bedeutend verschlechtert. Von der Überfüllung derselben sei nur kurze Notiz genommen. Die Dermatologie im weiterem Sinne ist ein mixtum compositum von verschiedenen Fächern: Die eigentliche Dermatologie i. e. S., die „Andrologie" (Blennorrhoe, Helkose, Lues), die einfache Blennorrhoe des Weibes, die gesamte Syphilis und je nachdem auch ein verschieden großes Maß von Urologie. Von diesem scheinbar reichhaltigen Menu wird seit Jahren immer weniger serviert. Zuerst schälte sich die Urologie ab. Diese war früher ein Fach, das Chirurgen und gewisse Dermatologen gemeinsam betrieben Der letztere überließ ersterem den größten Teil der blutigen Methoden und die Behandlung des Harntraktes jenseits der Blase. Das ist anders geworden. Es gibt heute ein Spezialfach der Urologie, welches sich über die Gebiete ausbreitet, welche einst des Dermatologen und Chirurgen gewesen sind. Das läßt sich nun einmal nicht vermeiden. Im allgemeinen sind dabei auch gar keine Sünden gegen die Kollegialität begangen worden. Das Betragen jenes Urologen, der in an die praktischen Ärzte herausgegebenen Waschzetteln und Reklamebroschüren betonte, daß Urologie nicht ein Dermatologe oder Chirurg treiben könne, dürfte eine Ausnahme darstellen, wird aber immerhin noch übertroffen von dem gleichen Vorgehen eines anderen, welcher dieses in populärer Broschüre behauptet hat. Mag dem sein, wie ihm wolle, das ist sicher, daß heute ein großer Teil der Blennorrhoen vom Urologen behandelt wird und nicht mehr vom Dermatologen.

Auch die sexuelle Aufklärungswoge hat geschadet. Einst war es selbstverständlich, daß der Dermatologe auch Geschlechtskrankheiten behandelte. Das Schild am Hause enthielt daher nur die Aufschrift: Hautarzt. Auf die Geschlechtskrankheiten war in der Regel höchstens im Adreßbuch hingewiesen. Eine gewisse Scheu hielt den Arzt ab, sich auf dem Schilde als Genitalspezialisten zu bezeichnen, und die Patienten waren ihm dafür dankbar. Auch das ist anders geworden: Seit wir in jeder Woche einen populären Vortrag über irgendein sexuelles Thema an den Plakattafeln der Straße angekündigt finden, seit die Auslagen der Buchhändler mit Schriften sexuellen Inhalts tapeziert sind, seit auch die anständige Presse alle Prozeßverhandlungen in extenso und mit Sperrdruck der sexuellen Kraftstellen (Schönebeck, Eulenburg usw.) bringt, seit dieser Zeit haben auch viele Ärzte angefangen, das Genitalspezialistentum an die Haustüre zu schreiben. So wird wieder ein Teil der Geschlechtskrankheiten der Allgemeinheit der Dermatologen entzogen; denn nicht jeder mag und kann das tun. Fast täglich hört man jetzt die Frage: „Behandeln Sie auch Geschlechtskrankheiten oder nur Hautleiden?"

Daß ein großer Teil der Syphilitiker zu seinem Schaden zu den annoncierenden und nichtannoncierenden Quecksilbergegnern geht, ist oben schon hervorgehoben. Der Ausfall in der Sprechstunde des Dermatologen wird aber noch stärker werden, wenn einmal die Wirkungen des neuen, von der Ärzteschaft im Interesse der Kranken jubelnd begrüßten EHRLICHschen Heilmittels zu spüren sein werden. Es ist hier nicht der Platz, über den Wert desselben zu diskutieren. Wir wollen hoffen, daß es tatsächlich alles halten wird, was man sich von ihm verspricht. Aber darüber kann schon jetzt kein Zweifel sein, daß mit seiner Einführung die Morbiditätskurve der Syphilis wie eine Ordinate herabstürzen muß. Die eine Injektion bringt man fast jedem Patienten bei; die vielen nur einem kleineren Teil; die Verkürzung der Dauer der kontagiösen Erscheinungen an den Kranken muß die Infektionen Gesunder rapid verringern. Die eine Injektion wird schließlich jeder Arzt vornehmen können. In wenigen Jahren wird die Syphilis hoffentlich eine relativ seltene Krankheit sein, gleichviel, ob man mit EHRLICH 606 auf die Dauer oder auch nur für eine kurze Zeit die Syphilis „heilen" kann.

Eine andere medizinischen Grofstat stellt die Einführung der WASSERMANNschen Methode dar. Aber gerade sie wird, wenn nicht EHRLICH 606 auch den hiermit beschäftigten Instituten und Ärzten den Arbeitstisch teilweise räumen wird, den Dermatologen einen weiteren Teil der Syphilitiker nehmen. Eine Zeitlang war es ja umgekehrt. Die unerwarteten positiven Resultate bei einer grofsen Anzahl vermeintlich Geheilter schnellten die Kurve der Quecksilberbehandlungen hoch in die Höhe. Aber der Wert der Methode ist heute kein unbestrittener mehr. Je mehr man einsehen gelernt hat, dafs auch durch die energischsten Kuren die Reaktion vielfach nicht auf die Dauer zum Schwinden gebracht werden kann, dafs sie bei Leuten auftritt, die vor 30 oder 40 Jahren Lues erworben haben, desto mehr ist ihr praktischer Wert gesunken. Ich will nicht gegen die Meinung jener polemisieren, welche einen positiven Ausfall der Methode (wenn alle Vorsichtsmafsregeln getroffen und alle Nebenumstände berücksichtigt sind) als einen Beweis der Existenz von Spirochäten im Körper des Untersuchten betrachten, eine Meinung, welche durchaus nicht unbestritten ist, aber darauf kommt es ja in praxi vielleicht gar nicht an. Was wir von der Untersuchungsmethode verlangen, ist die Beantwortung der Frage: Ist der Spirochätenträger noch ein Syphilitiker im Sinne des Therapeuten? Mit anderen Worten: Hat der latent Syphilitische von seiner latenten Lues noch etwas zu fürchten? Das ist aber schliefslich der springende Punkt. Es kann ja so sein, dafs jeder, der nach WASSERMANN positiv reagiert, noch gefährdet ist, und es ist auch wohl so, es braucht aber auch nicht so zu sein. Ich kann mir sehr lebhaft vorstellen, dafs es ungefährdete Spirochätenträger gibt, wie es ungefährdete Träger von Diphtherie- und Typhusbazillen gibt. Und ich kann mir vorstellen, dafs zum Untergang bestimmte, endgültig eingekapselte Spirochäten noch nach WASSERMANN reagieren wie eingekapselte Tuberkelherde auf Tuberkulinimpfung. Doch das kann auch anders sein. Auf jeden Fall wird, wenn die Ergebnisse der Syphilistherapie durch EHRLICH 606 nicht umgewälzt werden, der immer und immer wieder positive Ausfall der WASSERMANNschen Methode bei Ärzten wie Kranken den Entschlufs zu neuen Quecksilberkuren zögernder fassen lassen. Aber noch mehr: Während heute die Syphilitiker zum Hausarzt oder zum Dermatologen gehen, werden sie in kurzem zum Serologen wandern und sich dann von diesem behandeln lassen.

Endlich ist aber auch die Dermatologie des Dermatologen in Gefahr, seinen Händen grofsenteils zu entgleiten. Die von uns allen im Interesse der Kranken begrüfsten Fortschritte schädigen gerade uns selbst. Auch hier scheint EHRLICH 606 bei denjenigen Hautkrankeiten, die bisher wochen- und monatelange Arsentherapie verlangt haben, rasch die Heilung herbeiführen zu können: Psoriasis (?), Lichen ruber und gewisse Sarkomformen. Aber schon heute hat uns die Lichttherapie vieles genommen. In allen Städten sind jetzt Lichtheilinstitute, und nur verhältnismäfsig wenig Dermatologen besitzen die teuren Lichteinrichtungen. Die begrüfsenswerte Verbilligung der Finsenanlage durch die FINSEN-REYN-Lampe, die empfehlenswerte Einführung der nicht sehr teuren Quecksilberlampen lassen heute diese Lampen in den Besitz sehr vieler Nichtdermatologen übergehen. Dafs in den grofsen Städten auch nur pfuscherisch geleitete Lichtheilinstitute und leider auch ärztlich dirigierte Schwindeletablissements existieren, wäre vielleicht zu erwähnen überflüssig, wenn nicht leider in den Kreisen der praktischen Ärzte, welche doch dem Spezialarzte die Fälle zur Behandlung zusenden, eine weitgehende Unkenntnis über den unlauteren Betrieb nicht weniger Lichttherapeuten herrschen würde. So ist mir aus einer Stadt bekannt, dafs Ärzte einem Lichtheilonkel ihre Patienten zuschicken, der z. B. einen gewöhnlichen Haarausfall mit sechs Eisenlichtbestrahlungen zu heilen und schlecht geratene Paraffinprothesen auf elektrolytischem Wege tadellos zu entfernen verspricht.

Während man über die Fortschritte der Wissenschaft (speziell EHRLICH 66,0 WASSERMANN, Lichtheilkunst) sich nur freuen kann, obwohl ein wirtschaftlicher Schaden getragen werden muſs, so kann man über die Produkte der Gesetzgebungsmaschine nur sehr mäſsig erfreut sein.

Eine weitere Reduzierung seiner Einnahmen droht nämlich dem Dermatologen mit dem Inkrafttreten der neuen Reichsversicherungsordnung. Diese wandelt eine groſse Anzahl bisher zahlender Patienten in Kassenangehörige um. Zwar droht diese Gefahr auch anderen Ärzten, doch werden, so wie die Bezahlung der Extraleistungen einmal geregelt sind, gerade die Dermatologen sie am meisten spüren. Ich kenne die Kassenverhältnisse von einer groſsen deutschen Stadt. Hier ist es aber so, daſs die Dermatologen zurzeit überhaupt fast keine Extraleistung mehr gezahlt erhalten. Es ist nicht meine Absicht, gegen das segensreiche Institut der freien Arztwahl und ihrer ärztlichen Leitung zu polemisieren; aber die Tatsache verdient objektiv hervorgehoben zu werden, daſs man in jener Stadt die Leistungen der Dermatologen von Jahr zu Jahr geringer bezahlt hat. Als seinerzeit die Ärzte die Sache in die Hand nahmen, wurden eine ziemliche Anzahl von Handgriffen besonders honoriert. Nach und nach sind sie gröſstenteils gefallen. Heute ist es so, daſs eine Prostatamassage, eine Gonokokkenfärbung nach GRAM, eine Untersuchung auf Spirochäten, eine Epilation, eine Behandlung mit Dilatatoren, eine Endoskopie der Urethra so hoch oder so nieder bewertet sind, wie die Verschreibung eines Rezeptes mit Acid. muriat. dilut. und Syrup. rub. id. Bei Sonden und Kathetern wurde ursprünglich die erste Einführung höher, die späteren niederer taxiert; dann wurden sie nur die drei ersten Male honoriert, aber wenigstens beide; heute werden sie zusammen nur dreimal honoriert. Man erwartet — und mit Recht — vom Spezialarzt eine zweijährige Fachausbildung, man verlangt von ihm — und mit Recht — einen besonderen Aufwand von teueren Instrumenten, Zeit und Sorgfalt, man verlangt — und mit Recht —, daſs er sich auf sein Spezialfach beschränkt, man mutet ihm also mehr Opfer an Zeit und Geld und Zahl der Patienten zu und nimmt — wohl durch die Verhältnisse gezwungen — ihm andererseits die Möglichkeit, durch höhere Honorare auf seine Kosten zu kommen. Wie es infolgedessen bei den Pseudospezialisten zugehen wird, kann man sich vortellen. Die Maſsnahmen mögen nötig oder unnötig sein (das zu untersuchen ist hie icht der Platz), sie haben aber auf jeden Fall das Einkommen der Dermatologen, die Kassenpatienten haben, schwer geschädigt.

So ist tatsächlich dem Dermatologen sein gesamtes Spezialgebiet allmählich mehr und mehr entzogen worden, und besteht die ernste Gefahr, daſs künftig seine Leistungen noch geringer honoriert werden. Soweit der Rückgang der Betätigung durch Fortschritte in der Wissenschaft bedingt ist, muſs man sich im Interesse der Allgemeinheit freuen. Wir Ärzte sägen ja sozusagen immer an dem Aste, auf dem wir sitzen. Im Interesse des Dermatologen ist natürlich diese Entwicklung nicht gewesen. Es ist daher unsere Pflicht, junge Ärzte vor dem Ergreifen dieses Spezialfaches zu warnen. Mögen diese Zeilen das ihrige dazu beitragen!“

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 52. № 2. 15. Januar 1911.

Aus dem St. Ludwig-Hospital in Turin.

Beitrag zur RECKLINGHAUSENschen Krankheit.[1] Klinische, pathologisch-anatomische und histologische Beobachtungen, mit besonderer Berücksichtigung des Hautnervensystems.

Von

Privatdozent Dr. CARLO VIGNOLO-LUTATI.

Mit 8 Abbildungen im Text.

Nach[2] der klassischen Beschreibung RECKLINGHAUSENS sind zahlreiche Fragen über die Natur der Neurofibromatosis aufgestellt worden und über manche wird noch heute diskutiert.

RECKLINGHAUSEN behauptete, die Neurofibromatose sei durch das Vorhandensein anormaler Pigmentierungen der Haut und der Entwicklung zahlreicher fibröser Tumoren charakterisiert, welche sich längs dem Verlaufe der Nerven entwickeln und von den Bindegewebsscheiden der gröſseren Nervenstämme herstammen oder sich in der Dicke des Dermas entwickeln und von den Bindegewebsscheiden der kleinen cutanen Nervenästchen herstammen.

LAHMANN und LANDOWSKY behaupteten später, daſs bei der RECKLINGHAUSENschen Krankheit die Hautgeschwülste nicht nur von Bindegewebsscheiden der Hautnerven (echte Neurofibrome), sondern auch von den perivaskulären, periglandulären und perifollikulären Bindegewebsscheiden herstammen können.

CHAUFFARD hat 1896 in der Societé médicale des Hopiteaux de Paris einen Fall mitgeteilt, in welchem keine echten Neurofibrome, sondern nur hyperchromische Flecken und Hauttumoren vorhanden waren, welche histologisch durchaus unabhängig von Nervenendigungen erschienen (Dermofibrome). CHAUFFARD behauptete deshalb, die multiplen

[1] Ins Deutsche übertragen von Dr. med. K. RÜHL-Turin.

[2] Gegenwärtiger Aufsatz ist ein in der italienischen Gesellschaft für Dermatologie und Syphilidologie am 23. Dezember 1909 gehaltener Vortrag.

Hautfibrome seien nicht als Neurofibrome zu betrachten, und machte den Vorschlag, bei der RECKLINGHAUSENschen Krankheit einige Varietäten zu unterscheiden, die pigmentäre Neurofibromatose ohne Hauttumoren, wie bereits 1883 LANNOIS und VARIOT beobachtet hatten, die pigmentäre Dermofibromatose ohne Neurofibrome, über welche vor CHAUFFARD BOUDET (1883) und nach ihm ALBERT ROBIN und IEHL berichtet haben, und schliefslich eine Mischform von Neurofibromatose und Dermofibromatose.

Das RECKLINGHAUSENsche Krankheitsbild wurde aber noch durch die Beobachtungen von LANDOWSKY, MARIE, FEINDEL 'und andere vervollständigt, aus welchen andere Symptome deutlicher hervortraten, welche, unter dem besonderen Einfluſs des Nervensystems, sich durch einen Verfall der körperlichen und geistigen Kräfte äufsern, und übrigens schon früher die Aufmerksamkeit von HEBRA und von RECKLINGHAUSEN selbst auf sich gezogen hatten.

Die gleichzeitige Existenz dieser vier symptomatischen Charaktere scheint jedoch nicht notwendig zu sein: es bestehen in der Tat neben den kompletten Formen solche, die dauernd oder zeitweilig unvollständig bleiben. Während somit Fälle von Neurofibromatosis pigmentaria ohne Dermofibrome und Fälle von Dermofibromatosis pigmentaria ohne Neurofibrome beschrieben wurden, hat THIBIERGE einen cas fruste beschrieben, in welchem weder Neurofibrome noch Dermofibrome nachweisbar waren, aber „l'état général, l'habitus du sujet, liés à une certaine forme bien determinée de pigmentation cutanée suffisent à établir le diagnostic de la maladie". Ebenso wurden Fälle von peripherer Neurofibromatose mit intakter Intelligenz und ohne zentraler Neurofibromatose beschrieben, während ASTRAUD einen Fall von „neurofibromatose centrale sans neurofibromatose peripherique" beschrieben und PARKES WEBER über ein 14jähriges, intelligentes Mädchen berichtet hat, bei welchem lange Zeit das einzige Symptom in Pigmentierungen der Haut bestand.

All das Gesagte läſst es demnach erklärlich erscheinen, daſs THIBIERGE später behaupten konnte, daſs „il serait legitime de donner à l'affection une denomination, qui ne se basat plus sur des caractères anatomiques, qui peuvent faire défaut, et de l'appeler du nom de l'auteur, qui a le plus contribué à fixer les idées sur elle, maladie de RECKLINGHAUSEN".

Ich habe zwei Fälle beobachtet, welche ich in der Versammlung der italienischen Gesellschaft für Dermatologie in Rom (Dezember 1909) demonstriert habe und im folgenden beschreiben werde.

* * *

I. Fall.

Allgemeine Neurofibromatose mit ADDISONschem Symptomenkomplex und Nebenniereninsuffizienz.

25jähriger Bauer. Nichts Bemerkenswertes in der Heredität, noch in der persönlichen Anamnese. Seit der Geburt zeigt er auf der ganzen Haut, mit Ausnahme des Gesichts, kleine hyperchromische Flecken, welche im Laufe der Zeit gröfser geworden sind. Während der Adoleszenz traten auf dem Rumpf und auf den Gliedmafsen zahlreiche erbsenartige Tumoren auf, welche ihm nie Störungen verursachten, und welche bis zum Alter von 22 Jahren wenig sichtbar waren, weil sie in ein reichliches Fettpolster versenkt waren. Im Alter von 22 Jahren fing Patient an, ohne sichtbare Ursache, in seinen Kräften beträchtlich zu verfallen; einige vorher kaum sichtbare Tumoren vergröfserten sich und erreichten die Gröfse eines Eies, und es entwickelte sich allmählich eine ausgebreitete Pigmentierung des Gesichtes und des Halses.



Fig. 1.

Patient war kein Potator; rauchte nicht; war angeblich nie mit Syphilis infiziert worden.

Als ich ihn zum erstenmal untersuchte, fand ich an seinem ganzen Körper, mit Ausnahme des Gesichts, der Handteller und der Fufssohlen, zahlreiche erbsen- bis faustgrofse Tumoren. Durch Betastung konnte ich den intradermatischen Sitz des gröfsten Teiles der Tumoren feststellen; sowohl über den intradermatischen wie über den hypodermischen Geschwülsten hatte die Haut ein fast normales Aussehen, ebenso wie eine mehr oder minder normale Farbe. Die Konsistenz war wechselnd, d. h. bald faserig, bald weichlich. Keine Druckschmerzhaftigkeit. Auf der antero-medialen Seite der Oberschenkel konnte man eine Reihe von tiefliegenden Tumoren abtasten, welche wegen ihrer strangartigen Anordnung mit einem Nervenast zusammenzuhängen schienen.

Geringe Melanodermie am Gesicht und am Hals, eine Erscheinung, welche nach THIBIERGE bei der Neurofibromatose nicht selten sein soll. Wenige, münzenförmige, auf dem Rücken, dem Bauch und den Oberschenkeln unregelmäfsig verteilte hyperchromische Flecken. Nichts an den Schleimhäuten. Bemerkenswert waren einige punktförmige Pigmentierungen der beiden Regenbogenhäute, ähnlich wie sie BURGHART 1898 in einem Fall beobachtet hat.

Intelligenz normal, aber gedrückte Gemütsstimmung. Mangelhafte allgemeine Körperentwicklung; deutliche Zeichen von Rachitis: Nanismus, hochgelegene Schultern, grofser unsymmetrischer Schädel, unregelmäfsige Einfügung der Zähne mit ausgesprochener Alveolarprognathie, etwas krumme Beine. Epispadie.

Atmungsorgane normal. Herztöne etwas abgeschwächt. Erscheinungen von Meteorismus. Geringer Milztumor. Allgemeine Sensibilität, spezifische Sinne, Reflexe: normal. Patient hat angeblich mit dem Alter von 22 Jahren angefangen, nach den Mahlzeiten, unbestimmte Schmerzen in der epigastrischen Gegend zu empfinden; später traten mit zunehmender Häufigkeit Übelkeiten und Erbrechen ein, so dafs Patient in verhältnismäfsig kurzer Zeit, auch infolge hartnäckiger Schlaflosigkeit, einer schweren Kachexie anheimfiel und schliefslich zu Tode kam. Die Melanodermie am Gesicht und am Hals war bereits beim Beginn der allgemeinen Störungen aufgetreten.

Die Existenz von funktionellen Magenstörungen bei der Neurofibromatose haben Desnos, Fremmert, Hallopeau, Vezely, Adrian und Thibierge hervorgehoben; letzterer hat in seinem Fall eine Hyperchlorhydrie nachgewiesen.

Mein stark asthenisch Kranker klagte über Kopfschmerzen, Schwindel, Kältegefühl am Rücken, Ameisenkriechen an den Unterextremitäten, auf die Arme und die Beine umschriebene vasomotorische Störungen in Form von Hitzgefühl, profusen Schweifs.

Aus der Asthenie, dem schweren Verfall, den Übelkeiten, dem häufigen Erbrechen, der Schlaflosigkeit, den profusen Schweifsen, der ausgebreiteten Melanodermie des Gesichtes und des Halses war offenbar zu schliefsen, dafs bei dem Patienten der Symptomenkomplex der Neurofibromatosis mit demjenigen der Addisonschen Krankheit vereinigt war.

Es ist übrigens auch mehreren anderen Autoren aufgefallen, dafs ihre Neurofibromatosiskranken eine Ähnlichkeit mit Addison-Kranken zeigten. So hat Landowsky in seinen Fällen „un état général de deperissement, une depression intellectuelle, une langueur, une torpeur, qui rappelle celle de la maladie d'Addison“ beobachtet, und Labouverie meinte, dafs „l'affection, qui a le plus de rapports avec la neurofibromatose est certainement l'addisonisme; ou y rencontre également de l'asthénie, des douleurs, des troubles gastrointestinaux, de la melanodermie“.

Ähnliches haben Marie, Chauffard, Revilliod, Pic und Rebattu hervorgehoben.

Wie ich bereits erwähnte, hat Thibierge einen Krankheitsfall bzw. eine Form von Recklinghausenscher Krankheit beschrieben, bei welcher weder Neurofibrome noch Dermatofibrome nachweisbar waren, aber „l'état général, l'habitus du sujet liés à une certaine forme bien determinée de

pigmentation cutanée“ vollständig genügten, um die Diagnose „d'une façon indubitable“ stellen zu können. Diese Kranke, bei welcher THIBIERGE die auf RECKLINGHAUSENsche Krankheit lautende Diagnose auf den besonderen nervösen Habitus und den kongenitalen Ursprung der Hautpigmentierung stützte, zeigte später auch Symptome der ADDISONschen Krankheit, und zwar ziemlich schwere Störungen, bestehend in: Schmerzen in der epigastrischen Gegend und Erbrechen, einem Zustand von allgemeiner Abgeschlagenheit, Trübsinn, ausgesprochener Asthenie, Störungen des Gedächtnisses und der Sprache, und zu gleicher Zeit einer diffusen Pigmentierung der ganzen Haut, besonders am Gesicht, zwischen welcher jedoch noch die seit der Geburt vorhandenen Flecken von Hyperchromie deutlich hervortraten.

In einem anderen von THIBIERGE beobachteten Fall von einem 50jährigen Mann mit einer typischen Form von Neurofibromatosis zeigte die Haut eine diffuse braune Farbe und es traten zu gleicher Zeit schwere Verdauungsstörungen auf, welche den Exitus letalis herbeiführten.

PARKES WEBER hat 1909 einen interessanten, bereits 1905 in der Londoner Dermatologischen Gesellschaft vorgestellten Fall eines 14jährigen Mädchens veröffentlicht, bei welchem im Alter von 18 Monaten allmählich eine diffuse, bräunliche Pigmentierung des Nackens und der oberen Partie des Rückens, und eine braune, fast schwarze Pigmentierung in Form zahlreicher, über den ganzen Körper ausgebreiteter, umschriebener Flecken aufgetreten war. 1908 waren die hyperchromischen Flecken zahlreicher geworden und an verschiedenen Stellen des Rumpfes sah man kleine molluskoide Tumoren auftreten.

Auch MACNALTY und GRAHAM LITTLE haben Fälle beobachtet, in welchen die Erscheinungen der Melanodermie mehrere Jahre vor den Tumoren aufgetreten waren.

Es sind also in der Literatur Fälle bekannt, in welchen die Erscheinung der Melanodermie zeitweilig oder dauernd das einzige Symptom von seiten der Haut der RECKLINGHAUSENschen Krankheit gewesen ist.

Wenn man nun an die noch so umstrittene Ätiologie und Pathogenese der ADDISONschen Krankheit und besonders an jene Formes frustes derselben denkt, auf welche vor kurzem JACQUET und TREMOLIERES die Aufmerksamkeit gelenkt haben und wenn man ferner an einige besondere unausgebildete Formen der RECKLINGHAUSENschen Krankheit denkt, in welchen ADDISON-Erscheinungen nachweisbar sind, so wäre es vielleicht nicht zu gewagt, die Barriere zwischen diesen beiden Krankheitsformen, welche sich in ihren atypischen Formen klinisch einander so nähern, abzuschaffen?

Auch in meinem Fall trat, wie ich bereits hervorgehoben habe, die Melanodermie des Gesichtes und des Halses zu gleicher Zeit mit jenen allgemeinen Störungen auf, welche einen raschen Verfall und schliefslich

den Exitus herbeiführten; deshalb hätten auch in meinem Fall die Annahmen gelten können, welche REVILLIOD bezüglich der in seinem und in THIBIERGES Fall vorhandenen ADDISONschen Symptomen machte; auch auf meinem Fall hätte man die Worte REVILLIODS anwenden können: „Ce fait tendrait à nous faire admettre que dans la neurofibromatose, comme dans le syndrome addisonien, la pigmentation, du moins quand elle se presente sous forme d'une melanodermie diffuse, est liée à l'asthénie et aux autres troubles toxiques.“

Bevor ich jedoch in der Besprechung meines Falles in klinischer Beziehung fortschreite, scheint es mir zweckmäſsig, den histologischen und nekroskopischen Befund zu beschreiben.

Anatomischer Befund.

Histologische Untersuchung der Hauttumoren. — Aus der histologischen Untersuchung der aus verschiedenen Körpergegenden exzidierten Hauttumoren hat sich die charakteristische Struktur des sogenannten weichen Fibroms ergeben. Die Neoplasie lag stets im mittleren und tiefen Derma wie eingefügt, und bestand aus zahlreichen deutlich erkennbaren verzweigten Bindegewebszellen, durchzogen von mehr oder minder kleinen Bündeln dünner oder geschlängelter Bindegewebsfasern. Durch die Orceinfärbung konnte man in der Geschulstmasse ein feines, groſsmaschiges Netzwerk aus elastischem Gewebe nachweisen. Spärliche Blutgefäſse. Keine Nervenverzweigungen nachweisbar. Der histologische Befund zeigte somit, daſs die Benennung dieser Tumoren als Dermofibrome angemessen war.

Nekroskopischer Befund. — Der Skelettbau ist ein anormaler. Die Oberschenkelbeine sind kürzer als normalerweise. Die Schienbeine sind etwas gekrümmt, mit Konvexität nach auſsen, und haben dünne Ränder. Die Schädelhöhle erscheint unsymmetrisch, besonders an der linken Seite gröſser. Die Dicke der Schädelknochen ist normal; ebenso die Menge des Schädelbeinmarkes. Die Furche, welche der A. meningea entspricht, ist ziemlich tief. Die Dura mater hat normale Spannung, und läſst sich leicht in Falten aufheben. Der Sinus longitudinalis ist ganz leer. Die innere Seite der Dura, welche die beiden Hemisphären bedeckt, ist glatt.

An der Hirnbasis ist der Circulus arteriosus Willisii normal, ebenso wie die Arteria fossae Sylvii normal ist. Die Pia mater ist an der Hirnbasis durchscheinend. Das Gehirn hat von auſsen eine normale Gestaltung: die Hirnventrikel zeigen, geöffnet, eine normale Weite und enthalten wenige zitronengelbe Flüssigkeit. Das Ependym ist glatt.

Nuklei der Basis normal. Viertes Ventrikel normal; Ependym glatt. Die beiden Substanzen des Kleinhirns sind normal.

Das nach Eröffnung des Wirbelkanals herausgenommene Rückenmark erscheint, durch mehrere Querschnitte untersucht, in bezug auf Gehalt an Blut und auf Anordnung der beiden Substanzen, durchaus normal.

Bei der Eröffnung der Brust- und Bauchhöhle findet man, daſs das Unterhautfettpolster sehr spärlich und stark pigmentiert ist. Die Muskulatur ist sehr wenig entwickelt und dunkel gefärbt. Nach Eröffnung der Brusthöhle, zeigen die Organe in derselben eine normale Anordnung.

Das Herz ist gänzlich von Lungenrändern bedeckt; diese sind ausgedehnt und auf der Mittellinie frei von Verwachsungen. Die Pleurahöhle enthält keine Flüssigkeit. Die Perikardialhöhle enthält wenige durchscheinende zitronengelbliche Flüssigkeit. Das Herz ist ganz frei von Verwachsungen und hat normale Gröſse. Die Herzspitze ist aus beiden Ventrikeln gebildet. Die Menge des subepikardischen Fettgewebes ist normal. Keine Trübung des Epikards. Aortenintima, Endokard der Ventrikel und Klappen normal. Die Papillarmuskeln zeigen eine leichte Sklerose der Spitze. Das Myokard ist etwas schlaff. Im rechten Herzen findet man kleine leicht entfernbare Gerinnsel.

Die Lungen zeigen keine Verwachsungen. Auf der Schnittfläche erscheint das Lungengewebe normal; wenn man es komprimiert, tritt wenige schaumige Flüssigkeit heraus. Die Schleimhaut der gröſseren Bronchien ist mit etwas Schleim belegt.

Bauchhöhle: starker Meteorismus der Darmmassen, besonders des Colons. Das Netz ist zusammengezogen und arm an Fett; das Bauchfell ist glatt. Die Leber ist infolge des Meteorismus nach oben und nach hinten gedreht. Das Zwerchfell erreicht links den unteren Rand der sechsten Rippe und rechts den oberen der fünften.

Die Milz hat normale Konsistenz, ist aber etwas vergröſsert: ihre Kapsel ist dünn, durchscheinend, etwas geschrumpft. Auf der Schnittfläche erscheint die dunkelrote Pulpa spärlich; das Balkensystem ist hingegen deutlich sichtbar und reichlich vorhanden.

Das S. colicum tritt aus dem kleinen Becken empor und ist um die eigene Achse verdreht; die äuſsere Wand des Darmes ist blaſs und hat normales Aussehen. Das Colon ascendens und das Colon transversale erscheinen enorm erweitert; das Colon transversale ist durch einen mächtigen, post mortem eingetretenen Meteorismus nach rechts verdrängt.

Bei dem Herausnehmen der ganzen Darmmasse bis zum Duodenum findet man die Mesenterialdrüsen vergröſsert und hart. Die Nieren haben einen normalen Sitz. Die linke Niere hat normale Konsistenz; ihre Kapsel ist dünn und leicht abziehbar; die Oberfläche der Niere ist glatt und dunkel; auf der Schnittfläche erscheint die Rindensubstanz reduziert und stärker kongestioniert als die Marksubstanz. Die Nierenkelche sind erweitert; die Schleimhaut hat normales Aussehen. Die rechte Niere ist kleiner und weniger kongestioniert als die linke.

Die Schleimhaut der letzten Partie des Dünndarmes, und diejenige des Blinddarmes und des Dickdarmes ist dünn, aber nicht geschwürig.

Der Magen ist leer und bedeutend erweitert. Die Schleimhaut des Magens und des Duodenums ist angeschwollen, und zeigt warzenähnliche mit fadenziehendem Schleim belegte Erhabenheiten. In der Pylorusgegend beobachtet man einige kleine harte erbsengrofse Tumoren, welche in der Dicke des Coriums sitzen und histologisch eine vorwiegend fibröse Struktur aufweisen.

Der Magendarmapparat ist nicht selten der Sitz fibromatöser Tumoren. So hat Sangalli solche Tumoren auf der Schleimhaut des Magens, Wegner auf der kleinen Kurvatur desselben beobachtet. Recklinghausen fand in seinem ersten Fall Miliarfibrome auf der serösen Haut des Magens und des Darmes. Kirieleis fand in einem Fall Tumoren auf der Serosa des Magens, in einem anderen Fall auf derjenigen des Magens und des Darmes. So hat Modrzejewski Tumoren am Krummdarm und am Quercolon beschrieben; Marie und Couvelaire haben kleine fibröse Tumoren im Dünndarm und zwei subperitoneale Tumoren auf der hinteren Magenwand beschrieben; Kohtz hat Geschwülste in der Darmwand gefunden, und Berggrün hat Tumoren auf der kleinen Magenkurvatur und auf der Schleimhaut des Dünndarms beschrieben.

Das Pankreas war in bezug auf Gröfse, Form und Anordnung seiner Bestandteile normal: auf der Schnittfläche erscheint das Parenchym normal.

Die etwas verkleinerte Leber hat normale Konsistenz und Form; der untere Rand ist dünn und zugeschärft. Perihepar transparent. Auf der Schnittfläche erscheint das Leberparenchym dunkel; zeigt aber eine regelmäfsige Struktur. Die Gallenblase ist leer.

Die Nebennieren sind von einem Skleroseprozefs befallen; das perivaskuläre Bindegewebe erscheint besonders rechts auch histologisch hypertrophisch und kompakt.

In einem von Marie beschriebenen Fall von Dermofibromatosis fand man bei der Autopsie eine Kongestion der Nebennieren. Chauffard hat in seinem Fall eine adenomatöse Entartung der Nebennieren beschrieben.

In meinem Fall war keine Spur von Aterom der thorakalen oder abdominalen Aorta nachweisbar.

Harnblase, Kehlkopf, Speiseröhre normal.

Schilddrüse etwas vergröfsert.

Es konnten keine Tumoren am Sympathicus und längs dem Verlauf der grofsen Nervenstämme nachgewiesen werden, wenn man von einer Anzahl (zehn) kleiner ziemlich weichlicher Tumoren längs zweier Äste des kruralen Zweiges des N. genito-femoralis absieht: dieselben waren weifs und hatten eine glatte glänzende Oberfläche, welche sich in dem Nerven fortsetzte, ohne Verwachsungen mit den benachbarten Geweben aufzuweisen. Auf der Schnittfläche zeigten sie eine grau-weifse Farbe. Histologisch untersucht, interessierten sie alle verschiedenen Fibrillen des Nervenbündels: der

Tumor konnte als aus einer Verdickung des Epineuriums bestehend betrachtet werden, welche ebenso viele Tumoren vereinigt enthielt, wie die Zahl der befallenen Nervenfibrillen war; in einigen Tumoren erschienen infolge der beträchtlichen Verdickung des Perineuriums und des Endoneuriums die Fibrillen verändert, atrophisch oder gänzlich verschwunden; die Verdickung betraf jedoch nicht das Bindegewebsstroma aller Fibrillen, sondern einzelne Fibrillen waren gänzlich intakt und von den benachbarten Tumoren durch ein lockeres Zellgewebe getrennt. In den Maschen des fibrösen Netzwerkes einiger Geschwülstchen sah man Anhäufungen von kleinen einkernigen Rundzellen und von polygonalen, sternförmigen oder spindelförmigen Zellen mit deutlich sichtbarem ovalen Kern oder von grofsen rundlichen Zellen, welche einige Fettkörnchen enthielten. Die Gefäfse waren meistens fast gänzlich obliteriert.

Der pathologisch-anatomische Befund meines Falles konnte gewissermafsen zugunsten der Annahme REVILLIODS sprechen, dafs wahrscheinlich eine Beziehung zwischen der Neurofibromatosis und der Nebenniereninsuffizienz besteht, besonders in den Fällen, wo die RECKLINGHAUSENsche Krankheit klinisch von ADDISONschen Symptomen begleitet ist.

In der Vorgeschichte unseres Kranken finden wir keine Anhaltspunkte, welche die Annahme einer Erbsyphilis oder einer Tuberkulose nahe legen könnten, durch welche man die Ätiologie der Krankheit eventuell im Sinne von PIC und REBATTU erklären könnte. Diese Autoren haben nämlich nicht nur in bezug auf die Nebennieren, sondern auch auf die Schilddrüse (welche in unserem Fall etwas vergröfsert erschien) behauptet, dafs die Neurofibromatosis als eine Dystrophie poliglandulären Ursprungs, d. h. als eine Ektodermofibromatosis zu deuten ist, welche das ektodermische Blatt befallen und sich stets auf einem Boden mit zahlreichen hereditären Belastungen abspielen soll.

Andererseits aber müfste man — abgesehen davon, dafs die Frage nach den Beziehungen der Melanodermie zu den anatomischen und funktionellen Veränderungen der Nebennieren noch offen steht — doch noch feststellen, ob bei der Spärlichkeit der pathologisch-anatomischen Befunde und der anamnestischen Angaben in bezug auf die Hypothese von REVILLIOD, PIC und REBATTU und bei der klinisch nicht grofsen Häufigkeit der ADDISONschen Symptome bei der Neurofibromatosis, der bei dieser Neurofibromatosis vorkommende ADDISONsche Symptomenkomplex nicht vielmehr als eine zufällige und von der RECKLINGHAUSENschen pathogenetisch unabhängige Begleiterscheinung zu betrachten ist.

Wenn man den Ursprung der RECKLINGHAUSENschen Krankheit als kongenital betrachtet, so erscheint die Lehre von FEINDEL wahrscheinlich, nach welcher es sich um eine Krankheit des Ektoderms, d. h. um ein von einer primären Mifsbildung der Ektodermazellen abhängendes Leiden handeln

soll. Diese primäre Difformität der Ektodermazellen besteht, nach Feindel, in einer Art von besonderer Hinfälligkeit, in einer Art unstabilem Gleichgewicht der Elemente zwischen dem normalen und dem pathologischen Zustand. Wenn sich die Elemente nach der pathologischen Richtung wenden, werden verschiedenartige funktionelle Störungen der Nervenzentren auftreten und hinsichtlich der Epidermis werden die Pigmentflecken erklärlich sein. Die Leitungselemente — Nervenstämme — welche die Haut mit dem Nervensystem verbinden, befinden sich in einem Zustande der Inferiorität, sei es weil sie mifsbildet sind, sei es weil sie unvollkommene Eindrücke leiten, und dadurch würde man die Entstehung von Tumoren längs dem ganzen Verlauf der Nervenstämme selbst bis auf ihre feinsten Verzweigungen erklären. Wie soll man denn aber die von den Nervenbahnen unabhängigen fibrösen Tumoren, wie z. B. die Dermofibrome, erklären? Und andererseits, ist das Vorwiegen des Bindegewebes gegenüber den Nervenelementen eine einer Veränderung dieser primär abgeschwächten Elemente sekundäre Erscheinung oder umgekehrt, sind nicht vielmehr die Nervenelemente sekundär, d. h. als Folge des primären Vorwiegens des Bindegewebes abgeschwächt? Und wenn man letzteres annehme, wie könnte man den Ursprung dieser primären umschriebenen bindegewebigen Neoplasie erklären, welche übrigens für die Möglichkeit von von den Nervenelementen unabhängigen fibrösen Tumoren, wie den Dermofibromen, sprechen würde? Die Frage nach der Histopathogenese bleibt deshalb noch dunkel.

II. Fall.

Dermofibromatosis und Neurofibromatosis mit pseudotabetischem Typus.

Diese Beobachtung bezieht sich auf einen 57jährigen Mann, bei welchem man alle klinischen Charaktere der Recklinghausenschen Krankheit beobachten kann.

Die 96jährige gestorbene Grofsmutter (mütterlicherseits) und die im Alter von 74 Jahren gestorbene Mutter haben angeblich dieselben Hautsymptome gehabt.

Patient zeigte, nach den Angaben der Verwandten, seit der Geburt unregelmäfsig auf der ganzen Haut verteilt wenige linsen- bis münzengrofse hyperchromische Flecken, welche noch heute vorhanden sind, und ferner dunkelrote punktförmige Flecken, von denen einige, noch heute vorhandene, wie kleine hyperämische Flecken erscheinen, die unter Fingerdruck verschwinden. Auch MacNalty, Graham Little, Parkes Weber haben, wie bereits erwähnt, Fälle beschrieben, in welchen während einer längeren Zeitperiode das einzige cutane Symptom der Recklinghausenschen Krankheit in der Anwesenheit hyperchromischer Flecken bestand.

Im Alter von 12 Jahren hat Patient angeblich einen schweren Typhus durchgemacht, nach welchem an verschiedenen Körperstellen kleine erbsenförmige Hauttumoren aufgetreten sind, welche keinerlei Störungen verursachten. Einige Autoren haben behauptet, daſs Infektionskrankheiten einen besonderen Einfluſs auf die Entwicklung von Tumoren ausüben. So haben Giers 1889 und Barrot 1896 in ihren Fällen, gerade so wie ich in meinem, eine Typhusinfektion erwähnt.

Mein Patient ist kein Potator, raucht nicht, hat nie Syphilis gehabt. Er hat im Alter von 44 Jahren geheiratet, aber die Ehe blieb kinderlos; seine Frau ist lebend und gesund.



Fig. 2.

Als ich den Patienten zum erstenmal untersuchte, waren in den verschiedenen Hautregionen äuſserst zahlreiche, unregelmäſsig verteilte Tumoren von verschiedener Gröſse und verschiedener, meistens harter Konsistenz, zu beobachten. Die meisten Tumoren waren wegen ihres intradermatischen Sitzes, direkt sichtbar; andere wenige waren hingegen nur durch Betastung nachweisbar. Durch die klinische Untersuchung war keine Beziehung dieser Tumoren zum Verlauf der Nerven nachweisbar: nur in der lateralen Gegend des linken Armes und in der mittleren und unteren Partie der linken Schulter befinden sich einige kleine harte Tumoren, welche, obwohl sie bei der Betastung einen intradermatischen Sitz zeigen, indem sie zusammen mit der Haut verschiebbar sind, doch längs dem Verlauf einiger cutanen Verästelungen des N. axillaris reihenweise angeordnet erscheinen. Patient klagt ferner über eine Neuralgie in dieser Gegend, an welcher er seit langem leidet und welche hartnäckig jeder Behandlung getrotzt hat.

Ebenso sind in der sacro-coccygealen Gegend und auf der lateralen Seite des linken Oberschenkels einige kleine Tumoren mit intradermatischem oder hypodermatischem Sitz zu sehen oder zu fühlen, deren Anordnung dem Verlauf der Rami efferentes des sacro-coccygealen Plexus bzw. dem Verlauf des N. cutaneus femoris lateralis entspricht. Patient klagt auch über hartnäckige Schmerzen in diesen Gegenden.

Bemerkenswert ist die Anwesenheit von einigen Haaren und von einigen groſsen Komedonen auf der Oberfläche eines groſsen in der Rückengegend seitwärts der Wirbelsäule gelegenen Tumors. Diese auf die Ober-

fläche des Tumors umschriebene Hypertrichosis ist eine ziemlich seltene Erscheinung, welche einige Autoren bereits beobachtet haben. KÖBNER hat einen Fall beschrieben, in welchem eine ausgesprochene Hypertrichosis an der Oberextremität in einer Hautgegend existierte, wo keine Tumoren vorhanden waren.

In der linken Leistengegend hat ein Tumor rasch an Volumen zugenommen, nachdem Patient ein Bruchband angelegt hat: daraus geht der Einfluſs hervor, welchen direkte Traumen auf die Entwicklung der Tumoren ausüben können. So haben FEINDEL und OPPENHEIM 1898 einen Fall mitgeteilt, in welchem infolge der Anlegung eines Verbandes an der Leistenfalte ein Tumor rasch an Volumen zugenommen hatte.

Auf Grund der Ergebnisse der Inspektion und der Palpation kann man in meinem Fall logischerweise zwei Arten von Tumoren annehmen, nämlich die intradermatischen und die längs dem Verlauf von Nervenästen angeordneten hypodermatischen: man könnte somit die klinische Diagnose auf Dermofibromatosis und auf Neurofibromatosis stellen, mit dem Vorbehalt, sie durch histologische Untersuchungen zu kontrollieren (hierüber werde ich weiter unten berichten).

Bei meinem Kranken existieren ferner seit der Geburt zwei Arten von Flecken; die einen, echte Flecken, Hyperchromieflecken, sind braun, gleichmäſsig, linsen- oder münzenförmig, spärlich, und unregelmäſsig über die Beine und den Rumpf verteilt, die anderen, falsche Flecken, sind punktförmig oder linsenförmig, haben eine bläuliche Farbe (blaue Flecken der Autoren), und verschwinden bei der Diaskopie fast gänzlich. Es sind ferner kleine punktförmige Hyperchromieflecken auf der Wangenschleimhaut vorhanden.

Die bläulichen Flecken hat Patient seit der Geburt. ADRIAN betrachtet diese blauen Flecken als das Anfangsstadium des Hautfibroms. Es ist aber nicht unwahrscheinlich, daſs sie kleine Angiektasien oder Angiome darstellen, welche man auch sonst häufig neben den Tumoren und den Hyperchromieflecken beobachtet. Es liegt deshalb, auch bezüglich der umschriebenen Hypertrichosen die Annahme nahe, daſs es sich um kongenitale Hautmiſsbildungen, um Entwicklungsanomalien handelt, welche in die Gruppe der Naevi (angiomatöse, haarige, Pigment- und molluskoide Naevi) eingereiht werden könnten.

Unter den Hyperchromieflecken beobachtet man auf dem Rücken zwei rundliche, münzengroſse Flecken, glatte achromische in feinste Falten legbare atrophische Flecken. Auch GUINON und REUBSAET (1908) und DANLOS haben in ihren Fällen von Neurofibromatosis atrophische Flecken beschrieben und dieselben als trophische Störungen betrachtet. Es ist aber keineswegs ausgeschlossen, daſs diese umschriebene Hautatrophien dem früheren Sitz präexistierender und dann resorbierter Tumoren

entsprechen. Es war mir nicht möglich, diese atrophischen Flecken histologisch zu untersuchen.

Mein Patient hat seit der Geburt eine beschränkte Intelligenz; er hat ein schwaches Gedächtnis; er ist apathisch; verweigert jede Behandlung; ist menschenscheu, wenig mitteilsam; neigt stets dazu, alleine zu bleiben; stottert und schleppt die Worte nach. Die allgemeine Körperentwicklung ist ziemlich gut. In der Lumbalgegend weist er einen geringen Grad von Skoliose auf; es sind aber keine deutlichen Zeichen von Rachitis vorhanden; es bestehen keine Knochenmifsbildungen, abgesehen von einem leichten Grad von Alveolarprognathie.

Patient leidet an häufigen Anfällen von Dyspnoe; da klinisch keine anatomischen Veränderungen der Lungen nachweisbar sind, hängen diese Erscheinungen vielleicht mit Neoplasien im Gebiete des N. vagus zusammen.

Die Verdauungsorgane funktionieren normal. Die Blutformel ist normal. Patient hat zwar im Alter von 44 Jahren geheiratet, leidet aber an geschlechtlicher Frigidität. Er leidet an nicht häufigen Anfällen von Herzklopfen. Keine Zeichen von Arteriosklerose. Häufiges Ameisenkriechen an den Fingern; häufig Kältegefühl an den Füfsen. Herztöne abgeschwächt. Allgemeine Verminderung der Hautsensibilität; Verminderung der Tast- und Wärmeempfindlichkeit. Geschmacks-, Geruchs- und Gehörsinn unternormal.

Patient klagt, wie gesagt, über Neuralgien an der linken Schulter und am linken Oberschenkel, und über blitzartige Schmerzen. Strabismus. ARGYLL-ROBERTSONsches Symptom. Häufige Schwindelanwandlungen; häufige Wadenkrämpfe; taumelnder, fast spastischer Gang mit Erscheinungen der motorischen Inkoordination. Verminderte Muskelkraft; ausgesprochene Asthenie.

Bei diesem Symptomenkomplex, welcher einem von SULZER beschriebenen Fall ähnelt, schien mir die Diagnose Neurofibromatosis und Dermofibromatosis pigmentaria von pseudotabetischem Typus gerechtfertigt.

Aus den anamnestischen Angaben scheint hervorzugehen, dafs in diesem Fall die Krankheit durch drei aufeinanderfolgende Generationen übertragen worden ist: in der Tat hat die Grofsmutter (mütterlicherseits) und die Mutter des Patienten an derselben Krankheit gelitten. LECLERC hat 1908 einen Fall mitgeteilt, in welchem die Neurofibromatosis sich in vier Generationen wiederholt hatte.

Histologischer Befund. Aus der linken Schulter, wo die hartnäckige Neuralgie lokalisiert war, konnte ich einen der kleinen Tumoren exzidieren, welche mit einer Verzweigung des N. axillaris zusammenzuhängen schienen. Ich habe ferner einen kleinen intradermatischen Tumor aus der Gegend des Rückens und einen kleinen Hyperchromieflecken aus derselben Gegend herausgeschnitten.

Mikroskopische Untersuchung des Hyperchromiefleckens. Diese Untersuchung ergibt nichts besonders Interessantes: in vielen MALPIGHIschen Zellen der tieferen Schichten beobachtet man zahlreiche Pigmentkörnchen, so daſs zuweilen der Kern unsichtbar ist; die Keimschicht ist ebenfalls viel reicher an Pigment als unter normalen Verhältnissen. Im unterliegenden Derma ist nichts Anormales nachweisbar.

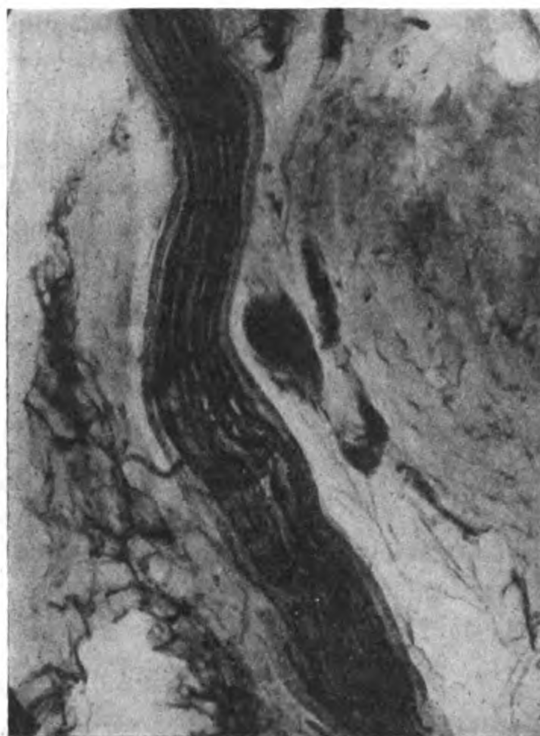


Fig. 3.

Mikroskopische Untersuchung des Tumors aus der Rückengegend. Schon bei geringer Vergröſserung kann man den intradermatischen Sitz des Tumors erkennen; dieser erscheint deutlich abgegrenzt und wie in das Dermabindegewebe, besonders in die mittlere und tiefere Partie desselben, eingefügt. Die Epidermis erscheint an der dem Tumor entsprechenden Stelle normal. Im Papillarkörper beobachtet man eine Vermehrung der spindelförmigen Bindegewebszellen: im mittleren und tieferen Derma tritt der Tumor histologisch deutlich hervor. Derselbe erscheint aus zahlreichen, ziemlich voluminösen, spindelförmigen und rundlichen Bindegewebszellen gebildet, welche in den weiten Maschen angeordnet sind, welche von mehr oder minder dünnen, etwas gekrümmten oder geschlängelten, ineinander geflochtenen Bindegewebsbündeln gebildet werden. Vermittels der Orceinfärbung kann man das spärliche elastische Gewebe nachweisen, bestehend in dünnen schwachen Fibrillen, welche, indem sie sich unregelmäſsig ineinander flechten, ein weitmaschiges Netzwerk bilden. Die Gefäſse sind spärlich. Es sind im Gefüge des Tumors keine Nervenendigungen nachweisbar.

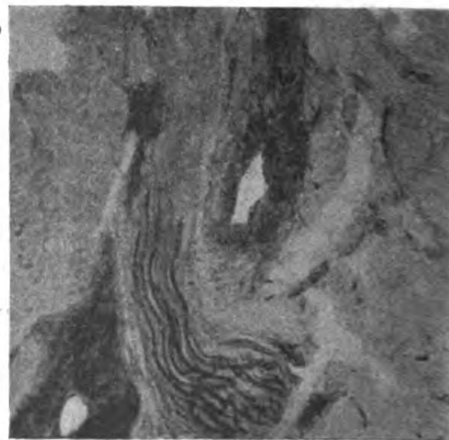


Fig. 4.

Mikroskopische Untersuchung des Tumors aus der Schultergegend. Die histologische Struktur gleicht im groſsen und ganzen

derjenigen des vorigen Tumors. In diesem Falle konnte ich aber im Nervenendapparat interessante Befunde nachweisen, welche ich beschreiben werde.

Schon bei geringer Vergrößerung kann man feststellen, daſs der Tumor im mittleren und tiefen Derma seinen Sitz hat. In einigen Schnitten konnte ich einige Nervenfaserbündelchen verfolgen, welche vom tiefen Derma mit gewelltem Verlauf hinauf stiegen (zwischen dem oberflächlichen und dem tiefliegenden Nervenplexus kommunizierende Nerven): an der Peripherie des Tumors habe ich diese Bündelchen unverändert gefunden (mikrophotogr. Fig. 3), während ich in ihrem aufsteigenden Verlauf nach der Geschwulstmasse beobachten konnte, daſs an der unteren Grenze des Tumors die Nervenfibrillen fast brüske unterbrochen waren (mikr.-ph. Fig. 4): man konnte jedoch beobachten, daſs das alleinige Perineurium durch die Geschwulstmasse verlief. Dasselbe war deutlich abgegrenzt und zeigte keine beachtenswerten Verdickungen des Epineuriums; dieses ging ohne scharfe Abgrenzung in die Bindegewebsmasse des Tumors über, so daſs man annehmen konnte, daſs die Entstehung der Geschwulstmasse von den perifascikulären Bindegewebsscheiden (Epineurium) ausgegangen war und daſs im Inneren des Tumors, infolge der Hypertrophie des intrafascikulären Bindegewebes (Endoneurium) eine Atrophie der Nervenfasern eingetreten war, gefolgt von dem gänzlichen Verschwinden derselben.

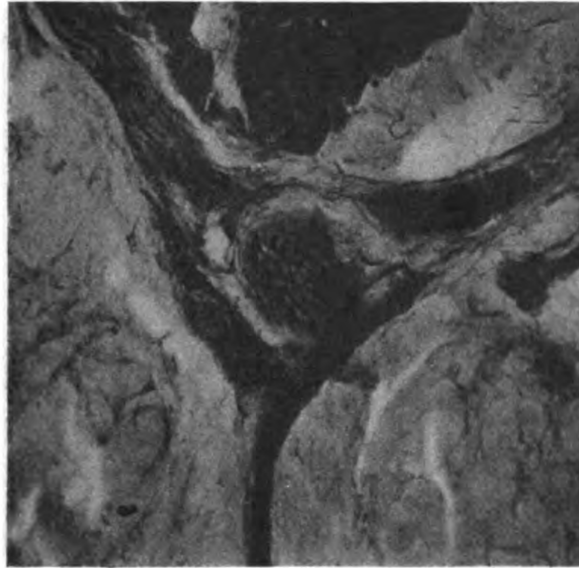


Fig 5.

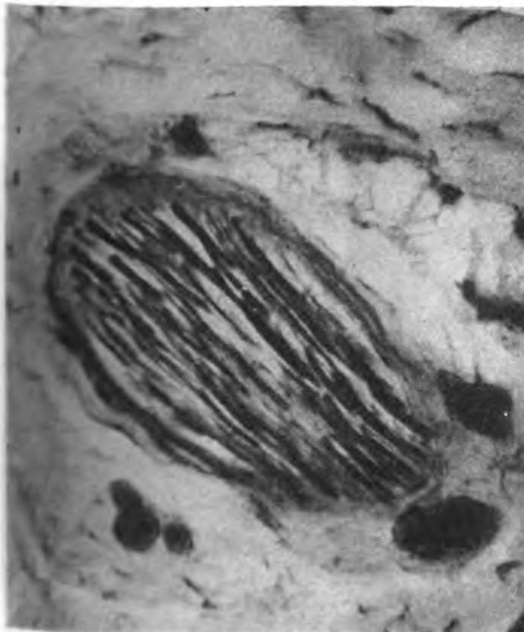


Fig. 6.

Durch Querschnitte in verschiedener Entfernung von der unteren Grenze des Tumors konnte

ich nachweisen, dafs, während in den am tiefsten und am entferntesten von der Geschwulst hergestellten Querschnitten noch der tiefe Nervenplexus, d. h. deutlich erkennbare und gut erhaltene Nervenstämme mit seitlichen und hinaufsteigenden Verzweigungen nachweisbar (mikrophotograph. Fig. 5) und keine Erscheinungen von Bindegewebshyperplasie vorhanden waren (Fig. 6), hingegen in der unteren Grenze der Geschwulst näher liegenden Teilen eine Abnahme der Nervenfibrillen und eine ziemlich starke Verdickung des perifascikulären Bindegewebes (Epineurium) und der Lamellenscheiden (Perineurium) und eine bedeutende Vermehrung des intrafascikulären Bindegewebes (Endoneurium) mit der Folge einer Kompression der Gefäfse und einer Atrophie der Nervenfasern nachweisbar war. Das intra-

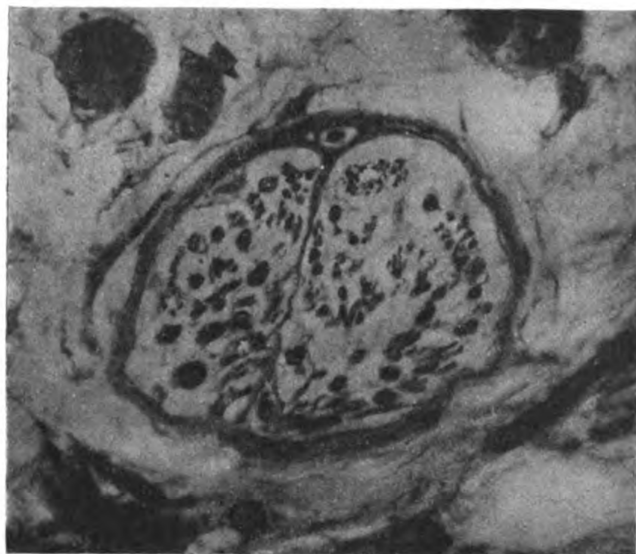


Fig. 7.

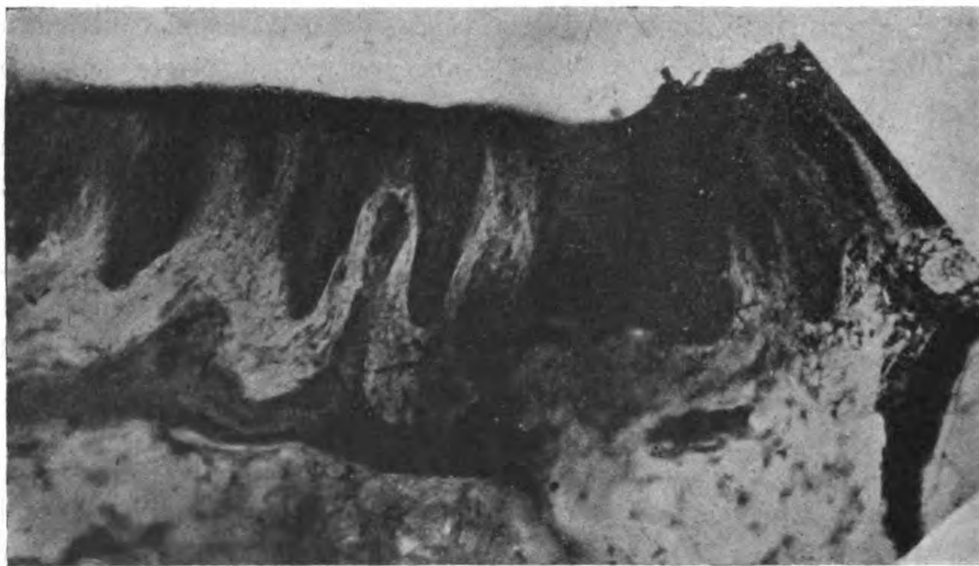


Fig. 8.

fascikuläre Bindegewebe war jedoch nicht gleichmäfsig entwickelt, so dafs die Nervenfasern in den Querschnitten unregelmäfsig verteilt erschienen (mikrophotogr. Fig. 7). Das Verschwinden der Nervenfasern war immer

desto stärker, je mehr sich die Querschnitte dem unteren Rand der Geschwulst näherten, in den Querschnitten aus der Geschwulst konnte man noch die Bindegewebsreste der hinaufsteigenden Nervenstämme beobachten, die Nervenfasern waren aber, ebenso wie in den oberhalb der oberen Grenze gemachten Querschnitten, gänzlich verschwunden. Oberhalb des oberen Randes des Tumors sind weder in der Papillarschicht gelegene, noch subepidermische, noch intraepidermische Nervenendigungen nachweisbar; man kann hingegen beobachten, dafs im Papillarkörper, entsprechend der Zone, welche der Tumor einnimmt, die Papillen ohne MEISSNERsche Körperchen oder ohne jene schlingenförmige oder flockenähnliche oder netzförmige Nervenfibrillen erscheinen (Fig. 8), welche man normalerweise in der Papille beobachten kann. Das heifst, ich konnte in meinen Präparaten unveränderte MEISSNERsche Körperchen im Papillarderma nachweisen, welches den gesunden Zonen entsprach, welche neben dem Sitz des Tumors lagen, während in der Papillarzone, welche dem unterliegenden Tumor entsprach, nur einzelne, zuweilen atrophische Bindegewebsskelette von MEISSNERschen Körperchen, ohne Markfasern nachweisbar waren.

Dadurch, dafs ich bei meinen histologischen Untersuchungen den hinaufsteigenden Verlauf der Nervenstämme von der Tiefe des Dermas durch die Geschwulstmasse verfolgen konnte, konnte ich feststellen, dafs in den Nervenstämmen, bereits bevor dieselben in die Geschwulstmasse eintraten, eine Hyperplasie des peri- und intrafascikulären Bindegewebes auftrat, so dafs dadurch der Beweis erbracht war, dafs die Entstehung der Hauttumoren, wenn auch nicht immer, wie RECKLINGHAUSEN behauptet, doch wenigstens in gewissen Fällen auch von den Bindegewebsscheiden der letzten Nervenendigungen ausgehen kann, wie es längs dem Verlauf der grofsen Nervenstämme der Fall ist: in beiden Fällen handelt es sich stets um Pseudoneurome, d. h. um Tumoren, bei welchen die Hyperplasie des peri- und intrafascikulären Bindegewebes zur Dissozierung, zur Atrophie und schliefslich zum Verschwinden der Nervenfibrillen führt.

Infolgedessen waren in meinem Fall die Tumoren in der Schultergegend als echte Neurofibrome und nicht als Dermofibrome anzusprechen. Diese histologische Diagnose erfuhr übrigens auch eine klinische Bestätigung durch die besondere reihenweise Anordnung der kleinen Tumoren und durch das Bestehen der hartnäckigen Neuralgien.

Diese histologischen Befunde trugen auch dazu bei, nachzuweisen, dafs der anatomische intradermatische Sitz der Fibrome nicht genügt, um diese als Dermofibrome bezeichnen zu können, sondern dafs eine mikroskopische Untersuchung notwendig ist.

Während bei meinem Kranken das Auftreten des pseudotabetischen Symptomenkomplexes die Annahme einer zentralen Neurofibromatosis nahe

legen konnte, sprachen hingegen andere Tatsachen, nämlich der Nachweis eines kongenitalen Entwicklungsfehlers des zentralen Nervensystems, die seit der Geburt bestehenden Hyperchromieflecken, die deutlich nachweisbare Heredität, für die FEINDELsche Lehre, nach welcher die Neurofibromatosis die Folge einer Affektion des Ektodermas, oder besser gesagt, der mehr oder minder frühzeitige Ausdruck einer besonderen, zuweilen erblichen, stets angeborenen Labilität einiger Elemente des Ektodermas ist.

Auch hier könnte jedoch der bereits bei der Besprechung meines ersten Falles erwähnte Einwand gegen die FEINDELsche Lehre erhoben werden. Ist das Vorwiegen des Bindegewebes gegenüber den Nervenelementen als eine der primären Gebrechlichkeit der Nervenelemente sekundäre Erscheinung aufzufassen oder als eine primäre Erscheinung zu deuten, welche sekundär zur Alteration der Nervenelemente geführt hat? Ich habe bei meinen histologischen Untersuchungen die Anwesenheit von Dermofibromen und Neurofibromen im Derma nachgewiesen: könnte man nun, hiervon ausgehend, die Dermofibrome als die letzte Stufe einer absoluten Bindegewebsinvasion betrachten, welche zum vollständigen Verschwinden der nervösen Elemente im Gebiete der fibrösen Neoplasie geführt hat?

Hierüber sind nach meiner Ansicht noch weitere Untersuchungen erforderlich.

Literatur.

ADRIAN, C., Über Neurofibromatose und ihre Komplikationen. Aus *Beitr. z. klin. Chir.* Bd. XXXI.

ASTRAND, M., Petits et grands accidents nerveux de la maladie de RECKLINGHAUSEN. *Thèse de Paris.* 1909.

BARBOT, *Journ. de méd. de Bordeaux.* 2. August 1896.

BERGGRÜN, Ein Fall von allgemeiner Neurofibromatose bei einem elfjährigen Knaben. *Arch. f. Kinderheilkde.* 1897. Bd. 21.

BÉNAKY, Neurofibromatose généralisée. *Ann. de derm.* 1907.

BOUDET, Contribution à l'étude du fibroma molluscum. *Thèse de Paris.* 1883.

BURGHART, Multiple Neurofibrome. Ges. d. Charité-Ärzte-Sitzung 28. Juli 1898.

CHAUFFARD, Dermofibromatose pigmentaire. *Gaz. des hôpit.* 10. Dez. 1896.

DANLOS, Dermatofibromes généralisés. *Ann. de derm.* 1900.

DESNOS, Observation de molluscum fibreux. *Bull. de la Soc. med. des hôpit. de Paris.* 1872.

FEINDEL und FROUSSARD, Degenerescence et stigmates mentaux-malformation de l'ectoderme. *Rev. de Neurol.* Jan. 1899.

— und OPPENHEIM, Sur les formes incomplétes de la neurofibromatose. *Arch. gén. de méd.* 1898.

FRANCHET, Tumeurs nerveuses et naevi pigmentaires. *Thèse de Paris.* 1900—1901.

FRAENKEL und HUNT, R., Sur la neurofibromatose. *Méd. Record.* 1903.

FREMMERT, Über Fibroma molluscum. *St. Petersb. med. Zeitschr.* 1872—1873.

GAILLARD, Eosinophilie sanguine dans la maladie de RECKLINGHAUSEN. *Soc. de biol.* 15. Dez. 1906. *Semaine méd.* 19. Dez. 1906.

GIBBS, Beiträge zur Kasuistik des Fibroma molluscum. Dissert. Marburg 1889.

GUINON und REUBSAET, Un cas de maladie de RECKLINGHAUSEN. *Soc. de pediatrie.* Paris 1908.

HALLOPEAU, Neurofibromes multiples. Réunion chinique hebdomadaire des médecins de l'hôpital St. Louis. 11. April 1889. *Ann. de derm. et de syph.* 1889.

HELMHOLTZ, H., und CUSHING, HARVEY, Elephantiasis Nervorum of the Scalp. a Manifestation of von RECKLINGHAUSEN Disease. *Amer. Journ. Med. Soc.* 1906.

HINTZ, Wiener dermatologische Gesellschaft. November 1908.

JADASSOHN, Ein Fall von RECKLINGHAUSENS Krankheit. IX. Kongreſs der deutschen dermatologischen Gesellschaft in Bern, 14. September 1906.

JEHL, De la dermofibromatose généralisée et de ses rapports avec la neurofibromatose pigmentaire généralisée. *Thèse de Paris.* 1898.

KOHTZ, Ein Fall von multiplen Fibromen der Haut. Inaug.-Dissert. Königsberg 1893.

KÖBNER, Multiple Neurome im Bereich des Plexus brachialis. *Virchows Arch.* 1883. Bd. 93.

KYRIELEIS, Ein Beitrag zu den multiplen Fibromen der Haut. Inaug.-Dissert. Göttingen 1885.

KREN, O., Ein Beitrag zur Neurofibromatosis RECKLINGHAUSEN. *Wien. med. Wochenschrift.* 1906.

LABOUVERIE, Considerations sur quelques cas de neurofibromatose. *Thèse de Nancy.* 1899.

LANDOWSKI, Neurofibromatose généralisée. *Gaz. des hôpitaux.* 1894 und 1896.

LAHMANN, Die multiple Fibrome in ihrer Beziehung zu den Neurofibromen. *Virchows Archiv.* 1885.

LECLERC, Maladie de RECKLINGHAUSEN. *Lyon méd.* 20. Dez. 1908.

LANNOIS und VARIOT, Etude sur les nevromes multiples. *Rev. de chir.* 1883.

MARIE und BRANCA, Neurofibromatose avec lesions intestinales. *Soc. méd. des hôpit.* 21. Febr. 1896.

— und COUVELAIRE, Neurofibromatose généralisée. *Soc. méd. des hôpit. de Paris.* 1899. Nouvelle iconographie de la Salpêtrière. Jan. 1900.

MOSSÉ, Neurofibromatose d'origine tuberculeuse. *Thèse de Lyon.* 1907—1908.

MODRZEWSKI, Über multiple angeborene Fibromatamollusca. *Berl. klin. Wochenschr.* 1882. Nr. 42.

MORRIS, M., und FOX, *The Brit. Journ. of Derm.* April 1907.

OETLMONT und HALLER, Un cas de neurofibromatose généralisée. *Soc. méd. des hôpit.* 1909.

PARKES WEBER, Cutaneous pigmentations as an incomple form of RECKLINGHAUSENS disease. *Brit. Journ. of Derm.* Febr. 1909.

PIC und REBATTU, Un cas de maladie de RECKLINGHAUSEN. *Soc. méd. des hôpit. de Lyon. Lyon méd.* 1907.

RECKLINGHAUSEN, Über die multiplen Fibromen der Haut und ihre Beziehung zu den multiplen Neuromen. *Festschrift für Rudolf Virchow.* Berlin bei Hirschwald. 1882.

REVILLIOD, H., De la neurofibromatose généralisée et de ses rapports avec l'insuffisance des capsules surrénales. *Thèse de Genèse.* 1900.

ROUX, Neurofibromatose périphérique et centrale. *Soc. de neurol.* 1907.

— Neurofibrosarcomatose centrale. *Semaine méd.* April 1907.

SCHERBER, Wiener dermatologische Gesellschaft. Januar 1909.

SULZER, Compression et atrophie des nerfs optiques dans un cas de molluscum généralisée. *Soc. ophth.* 1902. Zit. in *Thèse de Astraud.*

THIBIERGE, Note sur un cas de maladie de RECKLINGHAUSEN sans fibromes cutanes ni fibromes nerveux. *Soc. méd. des hôpit. de Paris.* 18. Februar 1898.

UNNA, Histopathologie der Hautkrankheiten. Berlin 1894.

VEZELY, Allgemeine Neuromatose. *Zeitschr. czechischer Ärzte.* 1897.

ZUSCH, Ein Beitrag zur Lehre von den multiplen Fibromen und ihrer Beziehung zu den Neurofibromen. *Virchows Arch.* 1900. Bd. 160.

Versammlungen.

Berliner Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 13. Dezember 1910.

Originalbericht von Dr. FELIX PINKUS-Berlin.

An diesem Sitzungstage fand der Schlufs der Diskussion über **die bisherigen Erfahrungen mit EHRLICHS 606** statt.

1. H. ISAAC teilte seine Erfahrungen über etwa 300 Fälle mit. Er bevorzugt die Injektion in öligem Vehikel (am besten Ol. amygd. dulc.), die er etwa 150 mal angewandt hat. Er injiziert wöchentlich 0,1. Die Erfolge sind, mit geringeren Nebenerscheinungen, besser als beim Quecksilber, das neue Mittel stellt einen Triumph der Therapie dar.

2. PINKUS ist zur intravenösen Anwendung übergegangen und verwirft jede intramuskuläre Applikation wegen der Schmerzen und Hautnekrosen, die bei höherer Dosis in vielen Fällen (10 %) unvermeidlich sind. Auch die wiederholte kleine intramuskuläre Dosis (à 0,1) ist vielleicht wegen der Gefahr des Arsenizismus bedenklich. In gefahrdrohenden Fällen (Hirnerkrankung, Herzerkrankung) wird eine Probedosis von 0,1 intravenös angewendet, der später erst die wirkliche Injektion 0,3—0,4—0,5 folgt. Nur die intravenöse Injektion erlaubt die Höhe der Dosis (durch Wiederholung) zu erreichen, welche eine Heilung der Lues erhoffen läfst. Die Hirn-, Augen- und Ohrenerscheinungen, welche nach der Anwendung von 606 beschrieben sind, müssen, wenn gleich nach der Einspritzung entstanden, als entzündliche Reaktion (HERXHEIMERsche Reaktion) angesehen werden, wenn nach zwei bis drei Monaten, als Luesrezidiv. Wir müssen noch lernen, diese auch nach Hg-Behandlung nicht unbekannte Rezidivform, die beim Hg niemand dem Medikament, sondern alle der Lues zurechnen, zu vermeiden (Jodkalium- oder Hg-Behandlung, genaue Kontrolle nach der Injektion).

3. BLASCHKO berichtet einen zweiten Fall von Neuritis optica, die aber verschieden von der toxischen Sehnervenatrophie nach Atoxyl ist. Vielleicht ereignen diese Fälle sich nur bei der intramuskulären Depotbehandlung.

4. LEDERMANN teilt seine z. T. schon in der *Medizinischen Klinik* abgedruckten Ergebnisse mit. Er hat alle Methoden angewandt, die bisher beschrieben sind. Seine Erfolge sind gut. Als Nebenerscheinung hat er unter der Injektionsstelle einmal einen sehr schwer abheilenden gangränösen Zoster gesehen.

5. HELD empfiehlt die Anwendung bei Primäraffekten, worauf eine Hg-Kur zu folgen hat; als intermittierende Behandlung im Anschlufs an Hg-Kur; bei Hg-refraktären Fällen; bei tertiärer Hautsyphilis. Auch er hat einen Fall von Neuritis optica gesehen.

6. HALBERSTAEDTER findet die ALTsche Lösung mit Öl-, Lezithin- und Vasenolzusatz gut. Als chronisch-intermittierende Behandlung ist die Salvarsantherapie noch nicht anzuwenden, weil die Nebenerscheinungen noch nicht bekannt genug sind. Bei kongenitaler Lues ist es besser, dreimal in einer Woche jedesmal eine kleine Dosis zu injizieren, als die ganze Menge auf einmal (Infiltrat und Schmerzen). W. ist fast immer bei kongenitaler Lues positiv geblieben.

7. A. ADLER macht darauf aufmerksam, daſs er die Tabes und die progressive Paralyse schon vor langen Jahren als syphilitische Erkrankung angesehen und mit Atoxyl behandelt hat.

8. SAALFELD empfiehlt das Salvarsan bei Syphilis von Phthisikern. Bei der Verwendung bei Paralyse muſs man bedenken, daſs diese Krankheit auch spontan zu Remissionen neigt. Das Mittel darf nicht als einfacher Ersatz des Hg betrachtet werden.

9. FR. LESSER sieht das Mittel als mehr organotrop als parasitotrop an. Der Organotropismus wirkt bei kleinen Dosen organotonisch, groſse Dosen wirken aber organotoxisch. Deshalb ist die wöchentliche Dosis von 0,1 besser als die einmalige massive Dosis. Eine einmalige Dosis wirkt nicht so stark wie eine Hg-Kur; die wiederholten Dosen erzeugen nach sechsmaliger Wiederholung fast immer W—. Diese chronische 606-Behandlung ist der chronischen Hg-Behandlung vorzuziehen.

10. DREUW macht auf die schweren Schädigungen aufmerksam, welche die intramuskuläre Anwendung des Salvarsans erzeugt. Die groſsen Nekrosen an frischsyphilitischem Körper stellen groſse infektiöse Flächen dar. Auch entfernte Nekrosen (in Lymphdrüsen) hat er beobachtet. Vielfach ist keine Heilung erfolgt und werden Rezidive beobachtet. Auch nach einmaliger Hg-Kur ist die Hälfte aller Puellae publicae bis 31 Jahre lang frei von Syphiliserscheinungen gebieben.

11. FEILCHENFELD verwendet ohne Störung die ALTsche alkalische Lösung + Lezithinöl. Allerdings ist tagelange Bettruhe nötig, um Störungen zu vermeiden. Er hat zweimal Angina mit folgendem Exanthem gesehen, einmal starke Drüsenschwellung nahe der Einspritzungsstelle.

12. LÖHE demonstriert an anatomischen Präparaten die an der Stelle der Einspritzung stets entstandenen, zuweilen auſserordentlich tiefreichenden Nekrosen.

13. SCHUSTER-Aachen hat auſser sonst im allgemeinen sehr guten Wirkungen auch refraktäre Fälle gesehen. Er warnt vor ausschlieſslicher Verwendung des Salvarsans. Ob es vor Tabes und Paralyse schützt, weiſs man noch nicht.

Russische Syphilidologische und Dermatologische Gesellschaft Tarnowsky zu St. Petersburg.

Sitzung vom 27. März (9. April) 1910.

Originalbericht von Dr. LEO EHRLICH-St. Petersburg.

1. KOGAN zeigt einen Kranken mit **Dermatitis papillaris capillitii** (KAPOSI); die Demonstration wird durch mikroskopische Präparate erläutert.

Diskussion: BORMANN fragt, ob das mikroskopische Bild bei KAPOSI beschrieben worden ist.

KOGAN erwidert, daſs die mikroskopischen Veränderungen bei Dermatitis papillaris capillitii bei KAPOSI sowohl wie bei EHRMANN und FICK genau beschrieben sind; insbesondere kann man das, was EHRMANN und FICK geschildert haben, auf seinen Präparaten gut unterscheiden, nämlich — stark ausgesprochene Veränderungen des Stratum papillare.

IWANOFF glaubt, daſs der von KOGAN vorgestellte Fall nicht dem, was KAPOSI unter Dermatitis papillaris capillitii beschrieben hat, entspreche; der krankhafte

Prozeſs dehnt sich hier nämlich auf die ganze Kopfhaut aus, während bei Kaposi die Veränderungen bei weitem nicht so ausgedehnt sind und nehmen ihren Anfang von der Grenze der behaarten Nackenhaut. Dieser Kranke verblieb ebenfalls einige Zeit in Professor Pawloffs Klinik und wurde mit einer unbestimmten Diagnose entlassen. Zweifellos handelt es sich hier um irgend eine Dermatitis papillaris; ob das nun aber eine echte Dermatitis papillaris capillitii Kaposi oder eine andere Dermatitis sei, — muſs offen bleiben.

Terebinsky spricht sich zugunsten der Dermatitis papillaris Kaposi aus, wofür seiner Meinung nach auch die Hypertrophie der einzelnen Haare spricht.

Pawloff bemerkt, daſs er bis jetzt keine Gelegenheit hatte, einen Fall mit Dermatitis papillaris capillitii zu beobachten, wohl hat er aber viele Moulagen und Abbildungen dieser Krankheit gesehen; der Opponent kann damit nicht einverstanden sein, daſs der von K. vorgestellte Fall tatsächlich eine echte Dermatitis papillaris capillitii Kaposi sei; der Patient hat nämlich auch Vegetationen auf den anderen Körperteilen, welche jedoch eine groſse Ähnlichkeit mit den Veränderungen der Kopfhaut haben; die echte Dermatitis papillaris capillitii Kaposi pflegt sich ausschlieſslich auf der Nackenhaut zu lokalisieren; es handle sich also hier um eine Dermatitis unbekannter Natur.

Kogan besteht auf seine Diagnose auf Grund seiner klinischen und mikroskopischen Beobachtungen.

2. Iwanoff zeigt mehrere Patienten mit **Epitheliom und Lupus erythematodes**, welche er mit seinem Radiumapparat (von 0,5 mg Radium und 2000000 Aktiv) behandelt hat. Sich auf seine bis jetzt noch allerdings spärliche Fälle stützend, meint I., daſs man mit diesem Apparat bei entsprechender Technik sehr gute und prompte Resultate bei Epitheliomen erzielen kann. Was den Lupus erythematodes anbetrifft, so bedürfe man hier eine strenge Individualisierung der Fälle, was übrigens auch bei der Behandlung dieser Krankheit mit allen anderen Methoden geschehen muſs. Bei Lupus vulgaris sind die Rezidive nicht ausgeschlossen.

Moskauer venerologisch-dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 26. November/9. Dezember 1910.

(Originalbericht von Arthur Jordan.)

1. Sokolow sprach **über die Bedeutung des Goldschmidtschen Urethroskops**, demonstrierte dasselbe an einem Kranken und zeigte eine Reihe farbiger Wiedergaben der von ihm gesehenen pathologischen Befunde.

2. Grintschar stellte einen durch **Kohlensäureschnee geheilten Fall von Epitheliom** der rechten Wange vor. Der 57jährige Mann ist zu Anfang dieses Jahres viermal, zu je 1—2 Minuten, mit Kohlensäureschnee behandelt worden und seit dem April rezidivfrei geblieben.

Sokolow hat in einem Fall von Ulcus molle penis, welches den gewöhnlichen Behandlungsmethoden trotzte, durch eine 10—15 Sekunden dauernde Behandlung mit Kohlensäureschnee gleichfalls ein vorzügliches Resultat erzielt.

Bogrow hält bei Ulcera mollia der Genitalien diese Behandlung für bedenklich und wohl auch nur wirksam, wenn die Ducreyschen Bazillen schon sowieso im Schwinden begriffen sind.

3. Tschernogubow führte einen 30jährigen Mann mit einem angeblich schon 15 Jahre andauernden, aus kleinen, teils schuppenden, teils nicht schuppenden, juckenden Knötchen bestehenden, mehr oder weniger universellen Ausschlag vor, den er für **Parapsoriasis** anspricht.

Bogrow ist der Ansicht, dafs die vorhandenen kleinen Papeln, die vielfach gleichsam wie mit Stearin bespritzt sind, gegen Parapsoriasis en gouttes, aber für Pityriasis lichenoides sprechen.

Krassnoglasow bemerkt, in früheren Zeiten hätte man einen solchen Fall für Lichen ruber planus gehalten.

4. Bogrow demonstrierte zwei Kranke mit **Granuloma fungoides**, welche Bezeichnung er derjenigen von Mykosis fungoides vorzieht.

Der eine dieser Fälle betrifft einen 28jährigen Mann, der angeblich fünf Jahre krank ist und dessen Körper mit juckendem Erythem, schuppenden Infiltraten, Borken und tomatenähnlichen Geschwülsten bedeckt ist. Aufserdem leidet Patient an Tuberkulose der Lungen mit reichlichem Tuberkelbazillenbefund, ferner an Leber- und Milzschwellung, Lymphdrüsenpaketen und fiebert. Der Hämoglobingehalt ist vermindert, die Anzahl der roten Blutkörperchen beträgt zwei Millionen, diejenige der weifsen 20 Tausend. Die Schleimhäute sind nicht in Mitleidenschaft gezogen; die Nägel einiger Zehen sind verändert. Histologisch findet sich, entgegen den Angaben Paltaufs, ein Schwund der elastischen Fasern und kleinzellige Infiltration in den Gefäfswänden.

Der andere der beiden Fälle betrifft den schon früher in dieser Gesellschaft von Saweljew vorgestellten Fall (cf. *diese Monatshefte*, Bd. 48, S. 552 und Bd. 49, S. 491), der unter 140 im Laufe von 1½ Jahr ausgeführten Röntgenbestrahlungen geheilt ist. Bemerkenswert sind unter anderem die eingetretenen Blutveränderungen, denn vor der Behandlung betrug der Hämoglobingehalt 100 %, jetzt 75 %, früher fanden sich 5 Millionen rote und 7600 weifse Blutkörperchen, jetzt 6 850 000 rote und 2330 weifse Blutkörperchen, wobei die polynuklearen Zellen abgenommen und die mononuklearen und eosinophilen Zellen etwas zugenommen haben.

Krassnoglasow findet, das in letzterem Fall erzielte Resultat vorzüglich und die Diagnose in dem ersten Fall für zweifellos. Derselbe befindet sich im Stadium der Kachexie oder Inanition, welche weniger auf die gleichzeitig bestehende Tuberkulose, als auf die Mykosis fungoides zu beziehen ist. Für dieses Leiden sind unzählige Benennungen vorgeschlagen worden, die klassische Bezeichnung ist aber die von Alibert zuerst angewandte: Mykosis fungoides, der man daher aus Pietät treu bleiben sollte.

5. Meschtscherski zeigte nochmals den Fall von **Lupus erythematodes faciei mit Drüsenpaketen** (cf. *diese Monatshefte*, Bd. 51, S. 464). Am 29. Oktober wurde die Exstirpation der Drüsen vorgenommen, wobei aber nur ein Teil entfernt werden konnte. Schon am 1. November begann der Lupus erythematodes zurückzugehen, aber diese Besserung hat bereits am 18. November einer erneuten Verschlimmerung Platz gemacht, indem neue Eruptionen von Lupus erythematodes aufgetreten sind. Stellenweise hält freilich die Besserung noch an.

Bogrow fragt, wie der Fall weiter behandelt werden solle? Meschtscherski erwidert, mit Kohlensäureschnee.

6. Lewtschenkow führte zum zweitenmal den Fall von **Ulcera gummosa manus** hier vor (cf. *diese Monatshefte*, Bd. 51, S. 463), da sich 48 Tage nach der Einspritzung von 0,45 Nr. 606 ein Rezidiv auf demselben Handrücken eingestellt hat, so dafs vor jetzt sechs Tagen nochmals 0,45, aber intravenös, injiziert worden sind. Diesesmal ist der Effekt jedoch geringer gewesen, so dafs der Fall als arsenfest gedacht werden mufs.

Krassnoglasow bemerkt, wie dieser Fall lehrt, so beweisen auch verschiedene, im Mjassnitzki-Hospital mit „606“ behandelte Fälle, wo es zu Rezidiven kam, dafs eine Therapia magna sterilisans nicht erzielt wird, wenn auch das Mittel entschieden spezifisch wirkt.

7. Tschernogubow demonstrierte einen 50jährigen Mann mit **Lepra mixta**, von teils Knötchen-, teils anästhetischer Form. Lange Zeit ist der Fall in der Provinz undiagnostiziert geblieben, bis hier die Diagnose Lepra von Prof. Pospelow gestellt wurde, was bakteriologisch seine Bestätigung gefunden hat. Das Leiden besteht fünf Jahre. Die Wassermannsche Reaktion fiel positiv aus (†††). Eine Injektion von 0,7 Nr. 606 blieb erfolglos.

Meschtscherski erklärt, er habe den Fall in die Klinik aufgenommen, was vielleicht manchen befremden wird, weil der Kranke beim Fehlen von Schleimhautaffektionen für andere wenig gefährlich und andererseits für die Studenten aufserordentlich lehrreich ist.

Tschernogubow zeigte den in der Moskauer dermatologischen Klinik zur Anwendung kommenden, nach seinen Angaben hergestellten, eine Modifikation des Schreiberschen bildenden **Apparat zur Injektion von „606“ in die Vene.**

Fachzeitschriften.

Sexual-Probleme.

Zeitschrift für Sexualwissenschaft und Sexualpolitik.

September 1910.

Geschlechtstrieb und Sport, von Ike Spies. Übermäfsige geschlechtliche Betätigung ist der Feind jedes Sportes, bei dem es aufser auf Körperkräfte auf Entschlufsfähigkeit und andersartige geistige Betätigung ankommt. Mit Mafs betrieben dürfte der Sport eine ziemlich neutrale Wirkung auf einen normalen Trieb haben und nur gewisse Auswüchse der Libido beseitigen. Eine eingeleitete Rundfrage an bedeutende Sportvereine verspricht interessante Ergebnisse zu liefern.

Sexuelle Aufklärung in Klosterschulen, von Josef Leute. Dieser Aufsatz behandelt den bekannten Bamberger Fall, wo der Religionslehrer der Schülerinnen das Aufsatzthema gab: „Es ist ein Brief an eine Freundin zu richten, die wegen Verlustes ihrer Unschuld sich mit Selbstmordgedanken trägt.“ *Arthur Schucht-Danzig.*

The British Journal of Dermatology.

November 1910.

X-Strahlen-Dermatitis und Epithelioma, von J. L. Bunch. Radcliffe-Crocker war der erste in England, welcher einen Fall von X-Strahlen-Dermatitis im Jahre 1899 veröffentlichte, seitdem ist über eine grofse Anzahl solcher Fälle berichtet worden, die hauptsächlich bei Radiographen und solchen, welche die Röhren zu prüfen hatten, bevor sie in den Handel gebracht wurden, vorkamen. In den meisten der Fälle war der Beginn der Dermatitis und Verlauf ein langsamer, in den chronischen Fällen die Gesamtüberdosis der Strahlen gewöhnlich nicht nur gröfser als in den akut verlaufenden, sondern häufiger wiederholt und länger einwirkend und daher die Gefahr eines sekundären Carcinoms um so gröfser. Die hierbei gleichzeitig vorhandene Atrophie und Hypertrophie betrifft sowohl Haut und subcutanes Gewebe wie Nägel, Nerven und Knochen: die Atrophie zeigt sich am deutlichsten in den oberflächlichen Schichten der Haut, Schweifsdrüsen und Haaren, die Hypertrophie in Bildung warziger Hautwucherungen, Hyperkeratosis der Nägel und Proliferation der Gefäfsendothelien.

B. beobachtete einen derartigen chronischen Fall bei einem 62jährigen Mann, der seit etwa sechs Jahren mit der Herstellung von Röntgenröhren beschäftigt war, die chronische Dermatitis aber nicht verlor, als er zu einer anderen Beschäftigung überging. Die Veränderungen blieben auf den Rücken beider Hände, welche trocken, rot und mit Fissuren versehen sind, beschränkt; die Haut ist verdickt, an einzelnen Stellen schuppend, und einige kleine warzige Wucherungen zeigend, die Nägel spröde, die Innenfläche der Hände nur leicht verdickt, Schmerzen nun nicht mehr vorhanden. Ein weiterer von B. beobachteter Fall betraf einen 64jährigen Mann, bei dem wegen Lupus vulgaris im Gesicht X-Strahlen angewandt wurden und sich darauf ein Epitheliom bildete, nachdem der Lupus wiederholt rezidiviert hatte und beinahe ausgeheilt war. Die Frage, warum ein Individuum nach wenigen X-Strahlensitzungen ein Epitheliom bekommt, während ein anderes nach Jahren wiederholter Einwirkung davon verschont bleibt, hängt nach B.s Überzeugung mit einer gewissen Hypersensibilität der Haut gegen X-Strahlen zusammen, ohne dafs er aber die Annahme einer ausgesprochenen Idiosynkrasie für bewiesen hielt. X-Strahlen-Carcinom ist nach Wyss das erste experimentelle Carcinom, aber B. glaubt, dafs wir es nur in die schon ziemlich ausgedehnte Gruppe der durch Reizung entstehenden Carcinome einschliefsen können, und X-Strahlen-Dermatitis als einen wohl definierten präkankrösen Zustand ansehen müssen.

Die Funktionen der Haut, von S. Pembrey. (Fortsetzung.)

Stern-München.

Russische Zeitschrift für Haut- und venerische Krankheiten.

Band XX. September 1910.

I. **Zwei Fälle von Xeroderma pigmentosum Kaposi**, von Kudisch. Die beiden Fälle, welche K. näher beschreibt, betrafen zwei Kinder von 10 und 1½ Jahren einer Familie, wo angeblich früher eine ähnliche Hautkrankheit nicht zur Beobachtung gekommen war. Vater und Mutter dieser beiden Kinder standen in nahem verwandtschaftlichen Grade, waren nämlich Vetter und Cousine.

II. **Ein Fall von sog. Lymphangioma cutis circumscriptum**, von Schiperskaja. Bei der 22jährigen Kranken von der Verfasserin waren beide grofsen Schamlippen vergröfsert und auf der verdickten, derben Haut safsen braunrote, undurchsichtige, warzenähnliche, harte Bildungen von etwa Erbsengröfse. Mikroskopisch fielen vor allem in der Papillarschicht gelagerte Höhlenbildungen auf, deren Wände von Bindegewebsfasern gebildet wurden und innen von Endothelzellen ausgekleidet waren. Bei dem Fehlen von atypischen Wucherungen der Elemente der Lymphgefäfse, wie von Follikelbildung und von Wucherungen des adenoiden Gewebes in der Umgebung der Lymphangiome spricht Verfasserin ihren Fall für Lymphangiektasiebildung an. Als Ursache glaubt sie Toxine annehmen zu müssen.

III. Zur Behandlung der Syphilis mit dem **Ehrlich-Hataschen Arsenikpräparat („606")**, von Prof. Selenew. Unter den Schlufsfolgerungen dieses längeren Artikels, welcher eine genaue Referierung aller bisher erschienenen Arbeiten über diese Frage, wie eine Besprechung der 18 eigenen Beobachtungen von S. enthält, lauten die wichtigsten:

1. Das intramuskulär, als Lösung oder Emulsion injizierte Dioxydiamidoarsenobenzol wirkt zweifellos heilend auf verschiedene Äufserungen der primären kondylomatösen und gummösen Periode der Syphilis ein.

2. Einige syphilitische Erscheinungen werden nicht durch dieses Präparat beeinflufst (z. B. das Leukoderma), andere, wie z. B. die grofsen Lymphdrüsen, bleiben lange unverändert.

3. Auf einen Fall von nur fünfmonatlicher Myelitis syphilitica hatte „606“ keinen nennenswerten Einflufs.

4. Es gibt Fälle von Hautsyphiliden (papulo-pustulösen u. a.), wie auch von Syphiliden der Schleimhäute, welche durch „606“ unbeeinflufst bleiben, selbst wo vorhergehende vergebliche, energische Hg-Kuren eine gute Wirkung des Arsenobenzols erwarten liefsen.

5. Das Gewicht des Kranken hebt sich meistenteils, es gibt aber auch Fälle, wo es unverändert bleibt oder gar sinkt.

6. Die von S. beobachteten Nebenerscheinungen bestanden in Schmerzen und Infiltratbildung am Ort der Injektion, schlechtem Schlaf, Erhöhung der Temperatur, Magendarmstörungen, Verlust des Appetits, Schwindel, erschwertem Urinieren. Alle diese Erscheinungen waren aber ungefährlicher Natur.

7. Eine Therapia magna sterilisans läfst sich anscheinend durch eine einmalige Einführung von „606“ nicht erzielen. *Arthur Jordan-Moskau.*

Bücherbesprechungen.

Erkältung, Abhärtung und Sport, von A. Strauss-Barmen. Volksvereinsverlag, G. m. b. H., M.-Gladbach. Preis 60 Pfg. Eine populär gehaltene Aufklärungsschrift, die in leicht verständlicher Form den Zusammenhang dieser drei Begriffe darstellt. Erkältung sind die durch Abkühlung hervorgerufenen Folgen von Störungen der Hauttätigkeit, welche die Körperwärme regelt; diese Folgen spielen sich mit Vorliebe auf den Schleimhäuten der oberen und tieferen Luftwege ab. Aufser den unmittelbaren Folgen der Abkühlung sind die viel wichtigeren, mittelbaren, d. h. jene Erkältungskrankheiten, bei denen die Abkühlung der Schleimhäute den günstigen Nährboden für die Einwanderung krankhafter Keime (bakterielle Erkältungskrankheiten) bildet. Abhärtung definiert Strauss mit „Anpassung des Organismus an die klimatischen und physikalischen Verhältnisse der Aufsenwelt“. Alle Abhärtungsmethoden haben sich nach der individuellen Beschaffenheit des Einzelnen, der Widerstandsfähigkeit seines Körpers, nach dem Alter usw. zu richten; jedes Schema ist dabei zu verwerfen. Säuglinge sollen überhaupt nicht abgehärtet werden. Für die Erwachsenen kommen bekanntlich als die mächtigsten Faktoren der Abhärtung Wasser, Luft und Licht in Betracht. Sport hängt insofern mit Erkältung zusammen, als die einzelnen Formen desselben mehr weniger zu Erkältung disponieren. Jene Formen des Sports, die mit ausgiebiger Körperbewegung einhergehen, nämlich gymnastische Übungen, Turnen, Schwimmen, Fechten, Rodeln, der Wintersport in seinen mannigfachen Arten usw., tragen am wenigsten die Gefahr des Erkältens in sich und sind in diesem Sinne die wirkungsvollsten Sportarten. Der wichtigste Gradmesser dafür, dafs Abhärtung und Sport dem Organismus rechten Nutzen bringen, liegt in der wohltuenden Empfindung des Behagens. Für die körperliche sowohl wie die geistige Abhärtung gilt das Gesetz, dafs die Leistungen sich am besten durch eine mafsvolle Anspannung mit Ruhepausen steigern lassen, dafs hingegen alle Überspannung und Übermüdung die Empfindlichkeit der Gewebe vermehrt und zur Entkräftung führt. Aus diesen kurzen Ausführungen dürfte genügend hervorgehen, in wie trefflicher Weise Strauss seine Aufgabe, medizinisch-populär zu Abhärtung und Sport anzuregen, dabei aber stets das nötige Mafs zu empfehlen, gelöst hat.

Stern-München.

Praktische Anleitung zur Syphilisdiagnose auf biologischem Wege. (Spirochätennachweis, Wassermannsche Reaktion), von P. Mulzer. Mit 19 Abbildungen und 4 Tafeln. (Verlag von Julius Springer, Berlin 1910.) Ohne Anspruch auf Vollständigkeit bezüglich der einschlägigen Literatur zu machen, stützt sich das Buch auf eine grofse Reihe (angeführter) Arbeiten und hat vor allem den Zweck, den Praktiker mit diesen wichtigsten Errungenschaften der modernen Syphilisforschung bekannt zu machen. Nach dem heutigen Stande der Wissenschaft liegt der Schwerpunkt der praktischen Verwertbarkeit beider biologischen Untersuchungsmethoden in ihrer Verwendung zur Diagnose bzw. Differentialdiagnose der Syphilis und werden die beiden Methoden eingehend in zwei umfangreichen Kapiteln beschrieben. Was die Untersuchung auf Spirochaeta pallida betrifft, so findet die Entnahme des Materials am besten aus noch gar nicht oder wenigstens nicht spezifisch behandelten Krankheitsprodukten mittels Saug-, (Klappschen Sauger), Geschabe-, Quetschmethode oder Drüsenpunktion statt. Wird die Spirochaeta pallida mit Sicherheit nachgewiesen, so mufs nach Ms. Ansicht unbedingt eine syphilitische Erkrankung vorliegen. Färbung und Morphologie der Spirochaeta pallida im Trockenpräparat und in Gewebschnitten werden nach den verschiedenen, nun vorliegenden Modifikationen beschrieben. Die Unterscheidung der Spirochaeta pallida von den anderen Spirochätenformen gelingt meist unschwer: sie ist kleiner, zarter und dünner, besitzt steile, korkzieherartige Windungen gegenüber den längeren, flacheren oder groben Spirochäten), färbt sich schwerer und zeigt im Giemsapräparat meist einen rotvioletten Farbenton gegenüber dem mehr bläulichen der groben Formen. Bekanntlich eignet sich die Dunkelfeldbeleuchtung besser als die gewöhnliche zur Erkennung der Spirochaeta pallida; genaue und exakte Einstellung des Gesichtsfeldes und exakte und zweckentsprechende Anfertigung des Präparates sind aber wichtige Bedingungen für den richtigen Gebrauch der Dunkelfeldbeleuchtung. Dieselbe hat besonders bei der Differentialdiagnose den Vorteil vor dem gefärbten Präparat, dafs man die Spirochäten lebend beobachten und ihre Eigenart studieren kann. Beim II. Abschnitt der Wassermannschen Reaktion werden einleitend die zu derselben führenden Vorarbeiten, welche von den Alexinen Buchners zu der Komplementablenkung von Bordet und Gengou gingen, und sodann das Wesen der Wassermann-Neisser-Bruckschen Reaktion, wonach eine einheitliche Erklärung derselben auch heute noch nicht besteht, besprochen; während sie Wassermann als reine typische Immunitätsreaktion erklärt, halten sie andere für biologisch nicht spezifisch, sondern für einen Vorgang, bei dem in erster Linie physikalisch-chemische Momente mitspielen. Technik der Wassermannschen Reaktion im allgemeinen, Herstellung der Reagentien (wässerige Extrakte nach Wassermann, Michaelis, Levaditi, Alkoholische, welche erstere noch an spezifischer Wirkung übertreffen, aber gröfsere Vorsicht bei der Herstellung erheischen, und künstliche Extrakte, am besten aus Lecithin und oleinsaurem Natrium dargestellt, Beschaffung des Patientenserums — am geeignetsten mittels Venaepunktion, Komplementgewinnung, hämolytischer Amboceptor, Gewinnung und Konservierung der roten Blutkörperchen des Schafes und Titerbestimmung der Reagentien sind die wichtigsten Unterabteilungen dieses Kapitels. Die verschiedenen Modifikationen der Wassermannschen Reaktion haben vor allem eine Vereinfachung derselben im Auge gehabt, nach den verschiedenartigen Berichten scheint dies wirklich nur jener von Noguchi gelungen zu sein, welcher menschliche Blutkörperchen und antimenschlichen Amboceptor verwendet. Was nun den eigentlichen Wert der Wassermannschen Reaktion betrifft, so bilden deren Hauptdomäne die latente Lues und die tertiären syphilitischen Erkrankungen der inneren Organe, und zwar in diagnostischer

bzw. differential-diagnostischer Beziehung. Einen Einfluſs auf die Therapie darf aber nach Ms. Ansicht nach dem gegenwärtigen Stand der Dinge der Ausfall der Wassermannschen Reaktion nicht haben; höchstens könnte sie unterstützend vermerkt werden, während der Hauptsache nach die Erhebung einer möglichst genauen Anamnese und der jeweilig vorhandene Krankheitszustand für die Behandlung immer noch das Maſsgebende sind. Auf dem obigen, scheinbar engbegrenzten Gebiete (der Diagnose) aber kann die Wassermannsche Serodiagnostik der Lues, wie fast allgemein anerkannt wird, vorzügliches leisten. Anhangsweise werden noch folgende Art Reaktionen beschrieben: 1. Die Fornet-Schereschewski-(Präzipität), 2. die Porges-Meiersche mit Natrium glycochollicum, 3. die Klausnersche Wasserreaktion, 4. die Schürmannsche Farbenreaktion auf Lues und 5. die Immunitätsreaktion nach Wolff-Eisner. Es verbietet sich von selbst, auf die vielen interessanten Einzelheiten der ursprünglichen Wassermannschen Reaktion wie der verschiedenen scheinbaren oder wirklichen Verbesserungen einzugehen, jedenfalls erfüllt das Buch seinen Zweck, dem Praktiker ein gewissenhafter Führer durch diese neuen Wege wissenschaftlicher Forschung zu sein.

Stern-München.

Die experimentelle Chemotherapie der Spirillosen (Syphilis, Rückfallfieber, Hühnerspirillose, Framboësie), von Paul Ehrlich und S. Hata. Mit Beiträgen von H. J. Nichols-New York, J. Iversen-Kopenhagen, Bitter-Kairo und Dreyer-Kairo. Mit 27 Textfiguren und 5 Tafeln. (Julius Springer, Berlin.) Hata schildert die experimentelle Grundlage der Chemotherapie der Spirillosen. Rekurrens infizierte Tiere wurden der Einwirkung von Farbstoffen, Chemikalien, metallischen und verschiedenen organischen Verbindungen unterworfen. Die beispiellose Fülle der Tierversuche, der jedesmalige mikroskopische Nachweis des Vorhandenseins und des Unterganges der Spirillen, die groſse, mit solchen Versuchen verknüpfte Arbeit, weiter die streng theoretische und in ihren Einzelheiten nur von dem Fachchemiker zu würdigende Auswahl der Chemikalien können in einem Referat nur angedeutet werden.

Als weitere Versuchsobjekte dienten die Spirillen der Hühnerspirillose und der Syphilis. Die beim Kaninchen experimentell zu erzeugenden beiden Formen der syphilitischen Hornhautentzündung und der Skrotum-Hodensyphilis wurden als Grundlage genommen. Das Verschwinden der Spirillen bei diesen Affektionen bildet den Beweis für die Heilung, nicht die endgültige, durch sekundäre Eiterung leicht aufgehaltene Vernarbung. Die Grenze der sofort sterilisierenden Dosis wurde zwischen 0,015 und 0,01 g pro Kilogramm Tier des unter den Chemikalien als wirksamst befundenen Dioxydiamidoarsenobenzol erkannt.

Hatas Schluſssätze lauten:

„Wie aus den Reagensglas- und Tierversuchen zu ersehen ist, besitzen die Spirochäten offenbar eine ganze Reihe verschiedener Chemozeptoren. In der Chemotherapie kommen aber nur diejenigen Rezeptoren in Betracht, deren Avidität in den entsprechenden Atomgruppen der Chemikalien erheblich stärker ist, als die der gleichen Rezeptoren des Wirtsorganismus. Von diesem Standpunkt aus betrachtet sind bei den Spirochäten, soweit die bisherigen Versuche ein Urteil gestatten, als besonders wichtig 1. der Arsenozeptor und 2. der Oxyamidozeptor anzusehen, denen der Halogenozeptor noch hinzutreten würde.

Es ist natürlich nicht ausgeschlossen, daſs durch weitere Versuche noch andere wichtige Chemozeptoren bei den einzelnen Spirochätenarten gefunden werden können.

Wie mir scheint, geht aus meinen bisherigen Versuchen hervor, daſs wir in dem Dioxydiamidoarsenobenzol ein Mittel in der Hand haben, mit dessen Hilfe es gelingt, die beiden in den Spirochätenarten enthaltenen Rezeptoren so anzugreifen, daſs die Parasiten im Tierkörper, ohne Gefahr für diesen, leicht vernichtet werden, d. h. die

mit Spirochäten infizierten Tiere glatt zu heilen. Ich bin mir sehr wohl bewufst, dafs damit die Wirksamkeit des Mittels am Krankenbett zunächst noch keineswegs sichergestellt ist. Das aber kann man schon jetzt sagen, dafs die bisherigen Versuche immerhin wichtige Fingerzeige ergeben für die Wege, auf denen man in einer wirklich wirksamen spezifischen Therapie der Spirochätenkrankheiten gelangen kann."

Nichols bringt eine vorläufige Mitteilung über die Wirkung der Ehrlichschen Substanz „606" auf Spirochaeta pertenuis im Tierkörper. Die Spirochaeta pertenuis betrachtet auch Nichols als das Virus der Frambösie.

Reiche Erfahrungen besitzt Iversen bei dem Rekurrens der Menschen. Er bringt genaue Krankengeschichten und schliefst:

„Nachdem es mir nun gelungen ist, durch Einführung der intravenösen Injektion die unangenehm schmerzhafte Anwendungsweise der neuen Substanz total auszuschalten, haben wir also im Dioxydiamidoarsenobenzol ein Medikament vor uns, welches mit mathematischer Sicherheit imstande ist, die Spirochäten des Rückfallfiebers im lebenden Blute zu vernichten, ohne dem Wirt zu schaden, und welches mit seiner grofsartigen Wirkung die Tatsache einer effektiven Therapia sterilisans magna bei Rekurrens beweist und dadurch der modernen Chemotherapie eine glänzende weitere Entwicklung verspricht."

Bitter und Dreyer in Kairo haben nur 13 Fälle von Rekurrens behandelt. Aber auch ihre Erfolge sind überraschend.

Ehrlichs Schlufsbemerkungen. Kurze Beleuchtung des streng spekulativen Weges auf welchem über „Organo- und Parasitotropie", über „Chemozeptoren und Arsenozeptoren" des Protoplasmas der Trypanosomen Ehrlich dazu kam, vom Atoxyl, (welches 1905 Thomas und Breiul in seiner Wirkung auf Trypanosomen als erste studiert hatten, dessen Heilwirkung Uhlenhuth und seine Mitarbeiter zuerst bei den Spirillosen erkannt und auf die menschliche Therapie übertragen hatten), vorzudringen zum Dioxydiamidoarsenobenzol, dem ungiftigen 606. Die Erkenntnis, dafs das Atoxyl nicht ein chemisch-indifferentes Anilid, sondern ein Aminoderivat der Phenylarsinsäure ist, öffnete der chemischen und biologischen Bearbeitung ein weites Feld, ermöglichte dem Autor das „Zielen lernen und Zielen lernen durch chemische Variation." Das Kapitel: „Chemisches über Dioxydiamidoarsenobenzol" enthält im einzelnen den Werdegang des 606, „welches sehr weit vom Atoxyl entfernt ist, und nicht als demselben nahestehend oder verwandt bezeichnet werden kann." — „Es galt daher, gemäfs einem Prinzip, das ich seit langen Jahren befolge, oben (am Arsenrest) giften, unten (am Benzolrest) entgiften, in das Arsenobenzol gleichzeitig Substituenten einzuführen, die

a) die Gesamttoxizität herabsetzten,

b) die spirilloziden Eigenschaften erhöhten und

c) eine gröfsere Haltbarkeit der Verbindung bedingten."

Drei weitere Kapitel befassen sich mit der Chemotherapie der Trypanosomenerkrankungen und ihren Konsequenzen, mit ihrer Übertragung auf Spirillenerkrankungen, mit der Taktik bei der praktischen Arzneimittelprüfung, mit den Resultaten und Ausblicken. Ehrlich verwertet die vorliegenden therapeutischen Versuche der Praktiker. Im einzelnen interessiert besonders, dafs Ehrlich die spezifische Wirkung des Präparates erkennt: 1. im Verschwinden der Spirochäten, 2. im Verschwinden der Wassermannschen Reaktion, „die ja als eine Reaktion des Organismus auf die Inhaltsbestandteile der Spirochäten aufzufassen ist", 3. in dem Auftreten von Antikörpern, 4. dafs das Präparat auf gewisse Krankheitsprozesse eine schmerzstillende Wirkung ausübt, welche durch histologische Veränderungen bei der Kürze der Zeit nicht erklärt werden kann. Von den Spirochäten müssen nach Ehrlich schon Reinstoffe ausgehen, die eine Verwandtschaft zum 606 haben.

Die Herxheimersche Reaktion sieht Ehrlich als den Ausdruck einer zu geringen therapeutischen Wirkung an. Als nichtspezifisch möchte E. die wunderbar schnelle Heilung bezeichnen, die gerade bei den schweren ulcerösen Prozessen, bei der malignen Syphilis beobachtet und von Kromayer dahin zusammengefafst worden ist:

1. Das Präparat bringt das pathologische Gewebe, das Syphilom zur raschen Resorption. 2. Es regt das Epithel zur Proliferation und raschen Überhäutung von Geschwüren an.

Mit einer Charakterisierung der Fälle, aus welchen die Überlegenheit des 606 gegenüber dem Hg hervorgeht, mit der zweckmäfsigen Form der Anwendung des 606, und mit den Ausblicken der so mühevoll gewonnenen exakten experimentellen Therapie der Syphilis schliefst das Werk, welches alles enthält, was das Jahr 1910 für die Syphilisforschung zu einem historischen Jahr gemacht hat.

Die Achse für alle weiteren Fortschritte auf diesem Gebiet — so drückt sich Ehrlich aus — wird stets die grofse Entdeckung Schaudinns bleiben.

Alle die glänzenden therapeutisch-experimentellen Arbeiten von Uhlenhuth und Ehrlich und ihren Mitarbeitern drehen sich um diese Achse. Für die Autoren ist es eine unerschütterliche Tatsache, dafs die Spirochaeta pallida das Virus der Syphilis ist. Für diejenigen aber, welche noch einen letzten Zweifel sich gestatten und welche den Ring noch nicht für geschlossen erachten, kann es gleichgültig sein, auf welchen Wegen grofse praktische Fortschritte erzielt werden, ob auf festem Fundament, ob auf einer Hypothese von gröfstem heuristischen Wert. Ohne weiteres darf nicht als Utopie der Gedanke bezeichnet werden, dafs die 606-Erfolge noch einmal einer anderen Deutung selbst bei unerschütterlicher Spirochäten-Ätiologie der Syphilis unterliegen könnten. *Ernst Delbanco-Hamburg.*

Die vergleichende Pathologie der Haut, von Julius Heller. Mit 170 Abbildungen im Text und 17 Tafeln. (August Hirschwald, Berlin 1910.) Neunjährige, überaus schwierige und nach ganz neuen Gesichtspunkten geleistete Arbeit übergibt Heller mit seinem über 600 Seiten starken Werk der Offentlichkeit. Wir Dermatologen wollen uns freuen über dieses Werk, welches geradezu neue Arbeitsrichtungen erschliefst und arbeitsfreudigen Fachgenossen der Anregungen und Themata genug gibt.

Die wissenschaftliche Dermatologie durch eine vergleichende Pathologie der Haut zu fördern, war der Vorsatz Hellers. „Erst eine Kenntnis der idiopathischen Tierkrankheiten berechtigt uns, experimentell erzeugte Affektionen zu deuten, erlaubt uns, der Darstellung allgemein pathologischer Gesetze näher zu treten.“ Vom Standpunkt des Dermatologen den grofsen Gebieten der Veterinärmedizin und der Zoologie all die Tatsachen zu entnehmen, deren Kenntnisse für die Lehre von den menschlichen Hautkrankheiten in irgend einer Beziehung von Bedeutung ist oder von Bedeutung werden kann, dementsprechend Ätiologie, Pathologie und Klinik der tierischen Dermatosen und der wichtige Symptome auf der Haut hervorrufenden Allgemeinkrankheiten abzuhandeln — diesen im Vorwort skizzierten Ideen ist Heller mit hoher wissenschaftlicher Treue, unter grofsen persönlichen Opfern und unter grofser persönlicher Anspannung gerecht geworden. In dem Arbeitsplan als solchem waren unendliche Hindernisse begründet.

Wer heute — und dieser Vorzug wird bei dem Verständnis und der Freigebigkeit, mit welchen der Staat heute seinen wissenschaftlichen Arbeitern entgegenkommt, ja vielen zuteil — in „Staatsschuhen“ der Forschung lebt, hat kaum eine Ahnung von dem, was es heifst, ohne staatliche Hilfe sich einem weitgesteckten Ziel zu nähern. Um so höher ist Hellers Arbeit zu bewerten, welche allerdings eine wesentliche Stütze fand in der intensiven Durchbildung des Autors auf anatomischem, klinischem und pathologischem Gebiet.

Der ausgezeichnete Verlag hat uns das groſszügige Werk in einem klarsten Druck vermittelt. HELLER hat Wert darauf gelegt, eine Anzahl der Dermatosen durch photographische Tafeln zu veranschaulichen. Referent hat des öfteren darauf hingewiesen, daſs nur dem Geübten Photographien histologischer Präparate etwas sagen, daſs gute Zeichnungen im allgemeinen viel mehr bedeuten und daſs auch die „Ehrlichkeit" der photographisch aufgenommenen Schnitte nur eine bedingte ist.

HELLERS neue und SCHINDELKAS schon seit einigen Jahren im Gebrauch befindliche Bearbeitung der Hautkrankheiten der Tiere ergänzen sich in bester Weise. HELLER bringt zum Schluſs ein riesiges Literaturverzeichnis.

Referenten, welcher seit Monaten das vorliegende Werk studiert, ist nur ein beschränkter Raum zur Anzeige freigegeben worden. So muſs er auch verzichten, bloſs die Disposition des groſsen Stoffes hier wiederzugeben. Übrigens hat HELLER, was aus dem Titel gar nicht hervorgeht, auch die venerischen Affektionen einschlieſslich der Blennorrhoe mit hineingenommen.

Der Schwierigkeiten einer logischen Disposition — er ist schlieſslich JARISCHS „unerreichtem" Lehrbuch der menschlichen Hautkrankheiten gefolgt — ist HELLER sich bewuſst geblieben. Da er auch die Dermatosen der Fische berücksichtigt, wäre es wohl richtig gewesen, den voraufgeschickten kurzen anatomischen Notizen der Haustiere auch solche über die Fischhaut anzugliedern.

Nur um einiges zur Erläuterung der vom Autor bewältigten Arbeit herauszugreifen: Im Kapitel der Tuberkulose muſsten die Kontroversen über die Besonderheiten der Rinder-, Menschen- und Vogeltuberkulose berührt werden.[1] — Die vergleichende Pathologie der die Beziehungen der Tier- und Menschenkrankheiten wie keine andere Krankheit offenbarenden Pocken war besonders schwer darzustellen, da eine gedrängte Kürze eine Lebensfrage des Werkes war. Und nun erst die Kapitel der einzelnen Geschwulstformen und der in den letzten Jahren erst gelungenen experimentellen Syphilisübertragung.

Die Hautkrankheiten infolge von Intoxikationen, die Hyphomykosen der Haut, die Pigmentanomalien, die Haarkrankheiten seien noch im einzelnen erwähnt für denjenigen, welcher weiſs, wie schwer es ist, sich auf der Haut von Haustieren bei Dermatosen zu orientieren. Referent gesteht zu, daſs ein schematisches Sehen auf der weiſsen Haut des Europäers es ihn schon sehr peinlich empfinden läſst, wenn er, was in Hamburg gar nicht so selten ist, in die Lage kommt, Neger zu beraten. Wie viel schwieriger, die Hautkrankheiten der Tiere zu erkennen.

Mit wie vielen Tier-Hautkrankheiten, von welchen er bis dahin nur unklare Vorstellungen hatte, ist Referent durch HELLER vertraut geworden. Und in welch angenehmer Form! Nirgend eine störende Kontroverse, überall eine rückhaltlose Anerkennung der vorgefundenen Leistungen.

Abweichende Anschauungen des Referenten auf pathologisch-histologischem Gebiet gehören nicht hierher. Daſs auch HELLER noch das spitze Condylom als ein Papillom bezeichnet, führt Referent nur an als Beweis für ein genaues Studium des Werkes.

Die Klarheit der Diktion sei zum Schluſs noch hervorgehoben. Nicht genug ist der Fleiſs zu bewundern, mit welchem HELLER den Dermatologen eine neue Grundlage für fruchtbringende Arbeit geschenkt hat. *Ernst Delbanco-Hamburg.*

[1] S. 193 lies LANGHANSsche statt LANGERHANSsche Riesenzellen.

Mitteilungen aus der Literatur.

Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie der Haut.

Über die Beziehungen gesteigerter Pigmentbildung zu den Nebennieren, von HANS KOENIGSTEIN-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 17.) Experimente an Hunden, denen die Nebennieren exstirpiert werden. In fünf Fällen von neun zeigte die Haut acht bis zehn Stunden nach der doppelseitigen Exstirpation einen deutlichen Unterschied gegenüber der Haut des normalen Hundes, insofern sich eine gesteigerte Fähigkeit der Haut zur Pigmentbildung nachweisen liefs.

W. Lehmann-Stettin.

Über einen Fall von fortschreitendem Schwund des Fettgewebes und seinen kosmetischen Ersatz durch Menschenfett, von E. HOLLÄNDER-Berlin. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 34.) Eine 21jährige Choristin litt ohne erkennbare Ursache an einem so hochgradigen und entstellenden Schwunde des Fettgewebes des Gesichts (und des Oberkörpers), dafs sie schliefslich für ihren Beruf nicht mehr verwendbar war. H. hatte früher gelegentlich Einspritzungen von sterilisiertem Menschenfett, das er bei Operationen von anderen Patienten gewonnen hatte, ausgeführt, um auf diese Weise kachektische Kranke nach Magenoperationen in besseren Ernährungszustand zu versetzen. Der hier mitgeteilte Fall wurde mit einer Mischung von Menschenfett und Hammeltalg subcutan nach und nach am ganzen Gesicht injiziert. Während nämlich das Menschenfett ziemlich rasch resorbiert wird, bleibt der Hammeltalg unverändert liegen als ein poröses Gerüst. Die beigegebenen Photogramme lassen eine frappant günstige Wirkung erkennen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Thermoanaesthesia cutis paradoxa, von MICHAEL SUGÁR-Budapest. (*Orvosi Hetilap.* 1910, Nr. 9.) STRÜMPELL referierte 1881 über einen Fall, in welchem er den Kältereiz als Wärmegefühl feststellte. Die Gefühlsveränderung nannte er perverses oder konträres Temperaturgefühl. Dasselbe und auch umgekehrt beobachtete er auch später und viele Verfasser bestätigen seine Beobachtungen. Die Untersuchungen KIESOWS, TUNBERGS, VERESS's, BADERS zeigten zugleich, dafs nicht nur einige Kältepunkte die Fähigkeit haben, durch Wärme gereizt zu werden, sondern jeder Kältepunkt hat diese Eigenschaft. Verfasser beobachtete jetzt einen Fall von Syringomyelie, bei dem auf beiden oberen Gliedmafsen das Kältegefühl fehlt und der Patient auch die Berührung eines mit Eis gefüllten Glases als warm bezeichnet, ebenso warm wie die Berührung mit einem Glase, das mit 50°igem Wasser gefüllt ist. Wenn Verfasser die beiden Gläser, das kalte und das warme, auf dieselbe Stelle nebeneinander gelegt hat, bezeichnete der Patient beide Gläser zusammen ebenso warm, wie das kalte und das warme jedes für sich allein. In 25 Fällen von Sclerosis multiplex waren auf der Haut einzelne Felder, auf denen, bei sonst normalem Wärmegefühl, wenn er sie mit Gläsern berührte, die mit 50gradigem Wasser gefüllt waren, die Patienten kalt und warm normal fühlten. Wenn aber beide Gläser nebeneinander gelegt wurden, zeigten die Patienten eine Berührung mit einem heifsen Gegenstande an.

Porosz-Budapest.

Beeinflufst die Quecksilberbehandlung die Schutzstoffe des Organismus? Von E. NEUBER-Budapest. (*Orvosi Hetilap.* 1910. Nr. 18—21.) Verfassers Schlufsfolgerungen lassen sich im folgenden zusammenfassen: Es scheint sehr unwahrscheinlich

zu sein, dafs mit den üblichen Quecksilberdosen die im Organismus lebenden Spirochäten getötet werden können. Wenn man in Betracht zieht, dafs die Spirochaetae pallidae aller Wahrscheinlichkeit nach Gewebsparasiten sind, läfst es sich kaum denken, dafs das in die Blutzirkulation gelangte, quantitativ sehr geringe Quecksilber in den Gewebssäften des ganzen Organismus eine bakterizide, antiparasitäre Wirkung ausüben könnte. SCHULZ wies nach, dafs das Quecksilber in gehöriger Verdünnung kein bakterizides, sondern im Gegenteil ein Energie auslösendes Mittel ist. Seine Behauptung rechtfertigt er mit einem plausiblen Beispiel: Die Hefe entwickelt Kohlensäure. Sublimatlösung (1 : 700 000) fördert die Kohlensäureentwicklung in sehr grofsem Mafse. In einer Verdünnung von 0,01 % stellt es die kohlensäurebildende Eigenschaft der Gärungszellen ein. In einer sehr dünnen Lösung werden die Gärungszellen zu gesteigerter Arbeit angetrieben. Wenn man in Betracht zieht, dafs bei Behandlung mit Sublimat (Injektion) der Patient in einem Turnus 0,12 — 0,20 g Sublimat bekommt, läfst es sich sehr schwer verstehen, dafs diese geringe Sublimatmenge in den Säften des Organismus als Gift eine Wirkung entfaltet. Eine solche Quantität von Sublimat zirkuliert in den Säften des Organismus ungefähr in einer Verdünnung von 1:1000000, welcher Umstand im Sinne der SCHULZschen Versuche darauf folgern liefse, dafs in diesem Mafse verdünntes Sublimat den Krankheitserregern der Syphilis eine gesteigerte Lebensenergie verleiht und so ihre Vermehrung fördert. Wenn man im Organismus eine solche Verdünnung erreichen will, müfste in einem 75 k schweren Menschen ungefähr ¼ g Sublimat in den Säften des Organismus zirkulieren. BEHRINGs interessante Versuche sprechen ebenfalls gegen die bakterizide Eigenschaft des Quecksilbers. Auch NEISSER konnte die Spirochäten nur mit sehr konzentrierter Sublimatlösung töten. Das Quecksilber tötet die Krankheitserreger der Syphilis schwerlich durch seine desinfizierende Wirkung. Schon in der Zeit, als behufs Erklärung der spezifischen Wirkung des Quecksilbers noch keine experimentelle Versuche gemacht worden sind, stimmten die Syphilidologen darin überein, dafs man den Krankheitsverlauf in grofsem Mafse verkürzen bzw. dadurch milder gestalten kann, dafs man neben der antiluetischen Behandlung auf den allgemeinen Gesundheitszustand des Patienten Gewicht legt, mit anderen Worten, dafs man die natürliche Widerstandsfähigkeit des Patienten hebt. Aus der Versuchsserie des Verfassers sieht man, dafs die Quecksilberbehandlung die Bildung der Schutzstoffe des Organismus günstig beeinflufst. Das Komplement, die verschiedenen Immunstoffe, die Phagocyten werden nach einer gewissen Zeit nach Einverleibung des Quecksilbers in den Organismus in gesteigertem Mafse produziert. Syphilis kann auch ohne Behandlung besser, ja sogar auch geheilt werden. Die spontane Heilung der Syphilis kann so aufgefafst werden, dafs der Organismus infolge des Reizes der erfolgten Infektion für spezifische Antistoffe, für eine entsprechende Komplementmenge, ferner für kampffähige Phagocyten sorgt. Mit letzteren kann vielleicht der langsamere Verlauf der spontanen Heilung erklärt werden. In diesem Falle mufs sich der Organismus ohne äufseren Reiz (Sublimat) schützen. Bei gewöhnlicher Dosierung wirken die in sehr grofsem Mafse verdünnten Quecksilberpräparate auf die syphilitische Immunstoffe produzierenden Zellen als spezifischer Reiz und treiben sie zu gesteigerter Lebensfunktion an, während andere Präparate die Zellen nur in geringem Mafse oder gar nicht beeinflussen. Die Zahl der meisten Blutzellen zeigt bei jeder Quecksilberbehandlung eine Steigerung. Im Sinne der METSCHNIKOFFschen Theorie können die mobilisierten und zahlreicheren Phagocyten die in den Organismus gelangten Spirochäten energischer bekämpfen. Die Hyperleukocytosis dient einem doppelten Zwecke: einesteils greift sie die Spirochäten mit Hilfe der vermehrten Phagocyten an, andererseits fördert sie die Bildung des Komplements. Die Komplementversuche sprechen jeden Zweifel ausschliefsend dafür

dafs während der Quecksilberbehandlung die Komplementmenge gesteigert wird. Aller Wahrscheinlichkeit nach übt das Quecksilber auch in der Produktion des Komplements auf die spezifischen Zellenkomplexe eine stimulierende Wirkung aus. In solchen Fällen, in denen man bei Beginn der Quecksilberkur weder Exanthem, noch Papeln wahrnehmen kann, aber wo nach der ersten Quecksilberdosierung — nach THALMANN — infolge der Tötung der Spirochäten und des Freiwerdens der Antitoxine in sehr kurzer Zeit Roseolen und andere sekundären Erscheinungen auftraten, rufen die Toxine Hyperämie und Rundzelleninfiltrate hervor. Verfasser hält es für sehr wahrscheinlich, dafs in solchen Fällen infolge der ersten Quecksilberbehandlung die natürliche Widerstandsfähigkeit des Organismus und damit zugleich die Menge der spezifischen Antistoffe sinkt, woraus dann wieder als natürliche Folge entsteht, dafs sich die Lebensbedingungen der Spirochäten gebessert haben, dafs sich der Vermehrung der Spirochäten weniger Hindernisse in den Weg legen und dafs dann die mächtiger gewordenen Krankheitserreger in dem weniger resistenten Organismus die erwähnte Reaktion auslösen können. *Porosz-Budapest.*

Welche Beziehungen bestehen zwischen Jod (Jodkalium) und dem Ausfall der Seroreaktion? von G. STÜMPKE-Kiel. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 29.) Aus einer Reihe von Untersuchungen, welche in ihren Hauptmomenten übersichtlich mitgeteilt sind, zieht S. folgende Schlüsse: Jodkalium resp. Jod ist imstande, in einem hämolytischen System eine komplette Hemmung hervozurufen. Diese Wirkung ist an eine bestimmte Konzentration des Medikamentes gebunden, und selbst bei stärkster Einverleibung von Jodkalium enthält das menschliche Serum bei weitem nicht genug Jod, um die Hemmung hervorzubringen. Dagegen gelingt es, an Kaninchen, die ja in dieser Beziehung sich anders verhalten, durch Einverleibung gröfserer Jodmengen einen positiven Ausfall der WASSERMANN-Reaktion zu erzielen. Auch die Sublimathämolyse wird in gewissen Grenzen durch Jodkaliumzusatz verhindert.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Klinische und experimentelle Untersuchungen über die WASSERMANNsche Reaktion, von G. CIUFFO und P. USUOLLI. (*Biochimica e Terapia sperimentale.* I. Jahrg. Nr. 9.) Die Verfasser hatten bei ihren Untersuchungen folgende Resultate:

1. Von sicher luetischen Fällen, und zwar von

2	Fällen	von	primärer	Lues	waren	positiv	2,	negativ	0
49	„	„	florider sekundärer	„	„	„	49,	„	0
15	„	„	latenter „	„	„	„	11,	„	4
8	„	„	florider tertiärer	„	„	„	7,	„	1
7	„	„	latenter „	„	„	„	7,	„	0
2	„	„	hereditärer	„	„	„	2,	„	0

2. Von zweifelhaften Fällen, und zwar von

9	Fällen	von	hereditärer	Lues	waren	positiv	5,	negativ	4
2	„	„	Para-	„	„	„	2,	„	0
27	„	„	verschiedenartiger	„	„	„	10,	„	17

3. Von 30 sicher nicht luetischen Fällen waren 30 negativ.

Bie Verfasser prüften ferner die HECHTsche Modifikation nach. In 37 Kontrollversuchen war WASSERMANN 30mal, HECHT 29mal positiv.

Was die theoretischen Grundlagen der WASSERMANNschen Reaktion anbelangt, so glauben die Verfasser, dafs die Hemmung der Hämolyse nicht auf eine Komplementablenkung zurückzuführen ist. Sie nehmen an, dafs aus der Vereinigung des Antigens und des inaktivierten syphilitischen Serums eine Substanz entsteht, welche die Fähigkeit hat, die Wirkung der hämolysierenden Substanzen zu neutralisieren. Dabei spielen die Lipoidsubstanzen eine Hauptrolle. *Gunsett-Strafsburg.*

200 Fälle von Wassermannscher Reaktion, von Ch. Garin und Ch. Laurent-Lyon. (*Presse méd.* 1910. Nr. 53.) Die Verfasser fanden bei fünf nicht luetischrn Fällen positive Wassesmannsche Reaktion, darunter waren zwei Lepra-, eine Diabetes-, eine Lupus- und eine Hauterkrankung unbestimmter Natur, die nicht auf spezifische Therapie reagierte. Fünf Scarlatinafälle waren negativ. Die übrigen Resultate der Verfasser stimmen mit denjenigen der übrigen Untersucher überein.

Gunsett-Strafsburg.

Die Wassermann-Neisser-Brucksche Reaktion in den Tropen, von G. Baermann und N. Weller-Petsenboekan. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 41.) Die hier mitgeteilten Beobachtungen stammen von der Ostküste Sumatras, wo Verfasser unter einem aus Chinesen und Javanesen bestehenden Arbeitermaterial 2000 Serumprüfungen vorgenommen haben. Es wird genauer berichtet über die Resultate bei 520 Fällen von Syphilis, 125 Framboesiakranken, 140 Leprösen und 108 Patienten mit Malaria. Aufserdem wurden 900 Individuen, welche keine derartigen Symptome darboten, auf das etwaige Vorhandensein einer latenten Syphilis untersucht. Von dieser letzteren Gruppe, welche aus teils sefshaften, teils frisch angekommenen Javanern und Javanerinnen bestand, erhielt man zwischen 16 und 22% positive Resultate. Berücksichtigt man nun, dafs die latente Syphilis nur bei etwa 50% der Fälle einen positiven Ausfall liefert, so würden diese Ziffern verdoppelt werden müssen, um die wirkliche Anzahl zu erhalten. Dagegen darf aber nicht vergessen werden, dafs viele der positiven Reaktionen auf eine in der Jugend überstandene Framboesia-Erkrankung zurückgeführt werden könnten. Denn von den untersuchten Patienten der Framboesiagruppe reagierten 38 unbehandelte Fälle sämtlich positiv, und von den 28 mit einer oder zwei Kuren behandelten Fällen reagierten wenigstens 50% positiv. Von den Malariakranken (108) gaben 20 einen positiven Ausfall, 88 einen negativen; von genannten 20 Fällen befanden sich 15 im Fieberstadium und waren noch nicht behandelt. Von den Leprösen lieferten namentlich diejenigen der tuberösen oder gemischten Form positive Resultate, von 124 im ganzen 80 oder 65%; die makulo-anästhetische Form lieferte 50% (8 von 16 Fällen). Zu bemerken ist noch, dafs bei Malaria, bei den alten Framboesiafällen und auch, wenn auch weniger häufig, bei Lepra die Reaktion schwächer als bei Syphilis ausfiel, indem vorwiegend eine partielle Hemmung mit kleinerer Kuppe konstatiert wurde.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Bedeutung der Wassermannschen Reaktion für die Balneotherapie, von Martin Friedländer-Berlin. (*Med. Klinik.* 1910. Nr. 16.) Verfasser bekennt sich zu der Anschauung, dafs positive Reaktion noch bestehende Syphilis beweist, und wünscht die Behandlung solange fortgesetzt zu sehen, bis die Reaktion negativ geworden und bei wiederholten Untersuchungen geblieben ist. Besonders zugute kommt die Reaktion dem Badearzt, welcher rasch das Wesen des Kranken und der Krankheit erkennen, den Heilplan feststellen und in wenigen Wochen zu Ende führen soll.

Arthur Schucht-Danzig.

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Haut.

Neuere Methoden der Dermatotherapie, von Walther Pick-Wien. (*Med. Klinik.* 1910. Nr. 15.) Unter die absoluten Indikationen zur Röntgentherapie fallen nur 1. die parasitären Erkrankungen der Kopfhaut und 2. die lymphatischen Erkrankungen der Haut. Zu den letzteren gehören die bei Leukämie und Pseudoleukämie vorkommenden pruriginösen Exantheme und Tumoren, aufserdem Mykosis fungoides und Sarcoma idiopathicum (Kaposi). Relative Indikationen bieten Lymph-

angioendotheliome, Adenoma sebaceum, Sykosis non parasitaria[1] und Akne[2] nuchae. Kontraindikation bietet dagegen die Hypertrichose des Gesichts bei Frauen, wo nur Elektrolyse, insbesondere unter Anwendung des Kromayerschen Instruments, in Betracht kommt.

Zur Aknebehandlung wird die Heifsluftdusche empfohlen. Zur Naevusbehandlung wird die Kohlensäureschnee-Gefrierungsmethode mit Recht warm empfohlen.

Arthur Schucht-Danzig.

Die Röntgentherapie in der Dermatologie, von A. Barré. (*Presse méd.* 1910. Nr. 68.) Ein Referat über das Buch: Die Röntgentherapie in der Dermatologie, von F. Schultz-Berlin (Verlag von Julius Springer, Berlin).

Aus der speziellen Therapie mag folgendes hervorgehoben sein: Schultz teilt die Hautkrankheiten nach der Ähnlichkeit ihrer Reaktion der Bestrahlung gegenüber ein.

Zur ersten Gruppe gehören diejenigen Kranken, welche leicht mit kleinen Dosen heilen, nachdem man die Strahlenqualität, welche für sie pafst, festgestellt hat. Man gibt zuerst ein Drittel der Volldose (gemessen mit dem Bariumplatincyanürradiometer von Sabouraud-Noiré), acht Tage später ein zweites Drittel und 14 Tage später ein drittes. Dieser Zyklus genügt gewöhnlich zur Heilung, eventuell kann der Zyklus nach drei Wochen wiederholt werden. Ist nach dem zweiten Drittel der Dose keine Besserung eingetreten, so empfiehlt der Verfasser, keine gröfsere Quantität Strahlen zu verabreichen, sondern die Qualität zu ändern, härtere Strahlen zu wählen (Messung z. B. mit dem Kryptoradiometer von Wehnelt). In diese erste Gruppe gehören: Ekzem, nummuläres, professionelles, seborrhoisches des Kopfes und Gesichts, anales und perivulväres Ekzem, chronische Akrodermitis, Lichen Vidal, Lichen ruber planus, Prurigo Hebrae, Sykosis non parasitaria[1], Trichophytie, Ichthyosis, Erythema nodosum, Psoriasis, Dyshidrosis der Hände.

In die zweite Gruppe gehören diejenigen Affektionen, welche leicht mit zwei halben Dosen 5—7,5 Wehnelt in 14tägigem Abstand heilen. Nach diesem Zyklus mufs die Behandlung wenigstens drei Wochen unterbrochen werden. Hierher gehören die Tuberculosis verrucosa cutis, Lupus hypertrophicus und ulcerosus, Erythema induratum Bazin, skrophulöse Gummata, Fisteln, tuberkulöse Adenopathien, Lichen scrophulosorum und Lupus erythematosus. Barré hält diese Einteilung für etwas zu schematisch, lobt die Anwendung dieser relativ kleinen Dosen, wundert sich aber über die Leichtigkeit, mit der Schultz mit diesen kleinen Dosen diese relativ hartnäckigen Krankheiten heilen will.

Zur dritten Gruppe endlich gehören diejenigen Krankheiten, welche mit $^3/_4$, $^4/_5$ oder einer Volldose in drei bis vier wöchentlichen Sitzungen geheilt werden können. Diese Dose bringt immer Haarausfall mit sich und wird verwandt bei Favus, Mikrosporie, Hypertrichose, Hyperhidrose, benignen Tumoren, Narbenkeloiden und malignen Tumoren. Schultz glaubt aber nicht an Dauerheilungen des Carcinoms und behandelt nur inoperable.

Gunsett-Strafsburg.

Die Röntgenstrahlen in der Dermatologie, von P. Sabella. (*Morgagni.* 21. Mai 1910.) Der Artikel enthält nichts Neues. *Gunsett-Strafsburg.*

Über den radiotherapeutischen Wert der Kromayerschen Quecksilberquarzlampe, von Franz Poór-Budapest. (*Orvosi Hetilap.* 1910. Nr. 10.) Verfasser hebt die in Fällen von Lupus vulgaris mit der Kromayerschen Quecksilberquarzlampe (in

[1] Jede Sykosis ist parasitärer Natur, deshalb ist diese Bezeichnung längst überholt durch den treffenderen Namen: S. coccogenes.

[2] Soll wohl heifsen: Furunculosis nuchae.

einzelnen Fällen behufs Beschleunigung in Verbindung mit Paquelinisierung) in zwei Jahren erreichten Resultate hervor. Von 32 Lupuskranken wurden 10 geheilt entlassen (in dem Sinne, dafs sich nach der Heilung drei bis sechs Monate lang erneute Knoten nicht zeigten). In 16 Fällen trat Besserung ein. (Eine schöne Vernarbung stellte sich wohl ein, aber in den Narben waren mehr oder weniger Knoten sichtbar.) In sechs Fällen hat die Lichtbehandlung sozusagen gar keine Wirkung gezeigt. Heilung trat nach mehrfach wiederholter Beleuchtung des kranken Hautteiles mit 20—50 Minuten anhaltendem blauen Kompressor ein. Die Narben sind ideal glatt, atrophieartig. Die Behandlungszeit stimmt ungefähr mit der Zeit der Behandlung mit dem Original-Finsen-Apparat. Verfassers Erfahrungen bekräftigen demnach nicht die Annahme, dafs die Behandlung mit der Quarzlampe nicht wesentlich verkürzt werden kann. Auf Grund seiner Erfahrungen kann die Quarzlampe in allen Fällen angewendet werden, in denen die Anwendung der ultravioletten Strahlen indiziert ist. Alopecia areata, hartnäckige Neurodermitis und trockenes, hartes, chronisches Ekzem, Vitiligo heilen auffallend rasch. Ihre Wirkung beeinflufst den Lupus vulgaris und erythematosus, eventuell mit anderen Verfahren kombiniert, sehr vorteilhaft. Sie wirkt in gewissen Fällen sogar heilend, und wenn sie auch betreffs der Wirkung die Original-Finsenlampe nicht übertrifft, nähert sie sich dieser so sehr, dafs sie zu ihrem Ersatze geeignet ist. Ihr Vorteil ist, dafs sie leicht gehandhabt werden kann und nicht kompliziert ist, dafs sie wohlfeiler als andere ähnliche Apparate ist. Ihr Umfang ist überdies klein, der Stromkonsum gering. Auch kann sie auf Stellen, die mit der Original-Finsenlinse nicht zugänglich sind, angewendet werden. *Porosz-Budapest.*

Beschreibung eines neuen Apparates zur Behandlung des Gesichts mit strömendem Dampf, von A. Perlmann-Iserlohn. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 36.) Den hier abgebildeten und beschriebenen Apparat hat Verfasser zunächst für Augenleiden konstruiert, doch ist derselbe für verschiedene Hautaffektionen, Akne, Furunkel usw., verwendbar und empfehlenswert. Zu beziehen ist er von M. Rumpf, Iserlohn, Gerlingserweg 12, zum Preise von 2,50 Mark. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Weitere Mitteilungen über Thermopenetration, von Ernst Eitner. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 35.) E. ist der Meinung, dafs auf dem Gebiete der Thermopenetration eine Reihe ungeeigneter Apparate in den Handel gekommen sind, die das Verfahren zu diskreditieren imstande sind, und gibt darum eine genaue Beschreibung seiner Einrichtung unter Betonung der Teile, die dabei von besonderer Wichtigkeit sind. Er hat bei blennorrhoischen Gelenkerkrankungen in frischen Fällen überraschend gute Erfolge gesehen, aber auch bei veralteten Fällen ist seiner Meinung nach oft mit etwas Ausdauer Heilung oder wenigstens entschiedene Besserung zu erzielen, so dafs man dieses Mittel niemals unversucht lassen sollte. Die blennorrhoische Epididymitis behandelt er im akuten Stadium und solange grofse Schmerzhaftigkeit besteht nicht mit Wärme, dagegen bei hartnäckigen Infiltraten des Nebenhodens hält er die Thermopenetration für die einzige Behandlungsmethode, von der Besserung zu erwarten ist. Ferner behandelt er seit 1½ Jahr jeden Tripper in den ersten Tagen nur mit Thermopenetration, indem er die Pars pendula zwischen zwei Elektroden durchwärmt; von der direkten Einführung metallener Elekroden in die Harnröhre ist er wieder abgekommen. *W. Lehmann-Stettin.*

Über Thermopenetration (Transthermia), von J. Justus-Budapest. (Budapester Kgl. Ärzteverein, 23. April 1910.) Die Schwingungszahl des Stromes von grofser Frequenz ist so grofs, dafs er die Nerven nicht mehr reizen kann. Überdies kann der Strom, weil seine Richtung wechselnd ist, keine elektrolytischen Wirkungen, also Verwüstungen hervorrufen. Mit dem Apparat kann man schon mit einem Strome von niedriger Frequenz grofse Wirkungen erzielen. Zwischen zwei grofsen Kupferelektroden

erfolgen die Ausladungen. Wenn der Apparat in Funktion tritt, füllt sich der Kondensator mit Elektrizität, springt plötzlich ein Funken von einer Elektrode auf die andere. Die Schwingungen, welche im Kondensatorkreise entstehen, werden nicht unmittelbar in das kranke Organ eingeführt, sondern sie werden zu dem sekundären Strom der Induktionsrolle hingeleitet. Als Elektrode werden Zinkplatten benutzt, die man in Hirschleder, das in Salzwasser getaucht worden ist, hält. Die Strommenge, die zwischen zwei Elekroden durch das Organ geht, verwandelt sich in Wärme. Diese Wärme entsteht also im Organ und so ist die Möglichkeit vorhanden, die Temperatur der inneren Schichten bedeutend zu erhöhen. Die Temperatur der Gewebe kann durch durchgehenden elektrischen Strom, wie es nachgewiesen worden ist, um 4—5° gehoben werden. Einen 50jährigen Patienten, der auf beiden Unterschenkeln zahlreiche Tophi hatte, deren Schmerzhaftigkeit durch spezifische Kur zeitweilig behoben werden konnte, liefs Verfasser mit einem Strome (1½ Ampère) fünf bis zehn Minuten durchströmen. Die Schmerzen hörten auf und die Pause dauerte ein bis zwei Tage. Ein zweiter Patient litt nach Blennorrhoe an Gelenkstarre. Nach mehrfachen Durchströmungen hörten die Schmerzen auf und die Beweglichkeit war bedeutend gebessert.

Porosz-Budapest.

Eine neue Methode der Behandlung von Wunden und sezernierenden Hautflächen mit trockener Luft, von R. Kutner-Berlin. (*Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung.* 1910. Nr. 7.) Ausgehend von der Erfahrung, dafs in den Tropen infolge der Trockenheit der Luft die Wundheilung eine wesentlich günstigere ist, liefs Autor einen Apparat herstellen, der Luft tunlichst wasserfrei und zur Behandlung von sezernierenden Flächen geeignet machen soll. Der abgebildete Apparat besteht aus: Elektromotor (!), welcher in Verbindung mit einem Kompressor Luft in einen Druckluftbehälter treibt. Die Luft passiert dann eine Flaschenbatterie mit konzentrierter Schwefelsäure, wobei sie wasserfrei und steril wird. Etwaige Schwefeldämpfe werden durch U-Röhre mit granuliertem Natronkalk zurückgehalten. In einem Natronkalksammler werden mitgerissene Natronkalkteilchen aufgefangen. Dahinter ist ein Temperierapparat einzuschalten. Durch geeignete Ansätze wird die auf diesem Wege recht kostspielig gewordene Luft an die zu behandelnde Fläche herangeduscht. Eine alles andere als einfache Behandlungsmethode. Wird sie wohl einen entsprechenden Nutzen stiften? *Arthur Schucht-Danzig.*

Die Jodbehandlung bei kleinen Verletzungen, von G. K. Aubrey-Darenth. (*Brit. med. Journ.* 1. Okt. 1910.) Bei kleineren Hautwunden hat Verfasser seit 1½ Jahr die Jodpinselung ohne irgend welche sonstige Reinigung oder Desinfektion sehr bewährt gefunden. Er verwendet eine Mischung von Jodtinktur (20) mit Äther (30). Auch bei Impetigo und Furunkel hat er die Pinselungen mit Erfolg vielfach angewandt. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über die desinfizierenden Bestandteile der Seifen an sich und über Afridolseife, eine neue antiseptische Quecksilberseife, von W. Schrauth und W. Schöller-Berlin. (*Med. Klinik.* 1910. Nr. 36.) Für medikamentöse desinfizierende Seifen ist als Grundlage ein Produkt zu verwenden, für dessen Bereitung nach Möglichkeit nur feste Fette verarbeitet wurden, vornehmlich fester Rindertalg, der einen grofsen Gehalt an Palmitin und Stearin besitzt, und das an Tripalmitin reiche Palmöl. Da die Herstellung einer haltbaren Sublimatseife aussichtslos ist, benutzten die Autoren anstelle des Sublimats eine gleichwertige Quecksilberverbindung, in der das Quecksilber komplex, d. h. nicht als Ion gebunden ist, wodurch eine Zersetzung ausgeschlossen ist. Diese Afridolseife (Friedr. Bayer & Co.) ist mit 4%igem oxyquecksilber-o-toluylsaurem Natrium versetzt. Nach Anwendung von acht bis zehn Minuten Dauer läfst sich Händedesinfektion bewirken. *Arthur Schucht-Danzig.*

Hautfirnisse, von HERRMANN G. KLOTZ-New York. (*The Therap. Gaz.* Febr. 1910.) Nichts Neues. Empfehlung ausgedehnter Verwendung des Ichthyols.

W. Lehmann-Stettin.

Nützlichkeit der Hydrotherapie der Hautkrankheiten. Spezielle Indikationen für das Bad „La Bourboule“, von M. VEYRIÈRES. (*Gazette des Eaux.* 7. Mai 1910.) Der Verfasser hat bei den meisten Hautkrankheiten eine äufserst günstige Wirkung durch die äufserliche und innerliche Mineralwasserkur von La Bourboule gesehen. Das Wasser ist leicht arsenhaltig. *Gunsett-Strafsburg.*

Die experimentelle Chemotherapie der Spirillosen, von W. HEUBNER-Göttingen. (*Therap. Monatshefte.* 1910. Heft 8.) Dieser Bericht über das gleichnamige, im Erscheinen begriffene Buch von EHRLICH und HATA zeichnet den Weg der Bestrebungen, durch Abtötung der Parasiten im Innern des infizierten Organismus die Krankheiten zu heilen. Weniger mit den Desinfektionsmitteln (Kollargol usw.), mehr mit den Eigenschaften der Immunsera (Diphtherieheilserum) wurden Erfolge erzielt. Durch Einwirkung gewisser Stoffe auf Protozoen wurde eine Unterlage für therapeutische Bestrebungen in der Richtung einer „Desinfektion am Lebenden“ gegeben, die EHRLICH aufnahm. Wichtig ist die Feststellung des Verhältnisses der Giftigkeit der auf therapeutische Brauchbarkeit zu prüfenden Substanzen gegenüber den Parasiten und gegenüber den Zellen des Wirtsorganismus. Dieses Verhältnis der Dosis curativa zur Dosis tolerata (c/t) soll einen möglichst kleinen Bruch darstellen, wie es beim salzsauren Salz des Dioxydiamidoarsenobenzols (606) der Fall ist. Die Prüfung geschah durch HATA an Mäuserekurrens, Hühnerspirillose und Kaninchensyphilis. *Arthur Schucht-Danzig.*

Über eine Methode, die anästhesierende Wirkung der Lokalanästhetica zu steigern, von O. GROS-Leipzig. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 39.) Aus einer Reihe von Beobachtungen an Fröschen entnahm G., dafs die anästhesierende Wirkung verschiedener Mittel wie Kokain, Novokain, Alypin und Eukain viel rascher eintritt, wenn bei der wässerigen Lösung dieser Salze nicht blofs das Chlorid gelöst wird, sondern durch Zusatz von Natronlauge ein Freiwerden der Base herbeigeführt wird. Es verbindet sich dann das Chlorid des Anästhetikums mit dem Na des NaHO und die Anästhetikumbase wird frei. Da für die Praxis die Verwendung von alkalischen Lösungen untunlich ist wegen deren zerstörender Wirkung auf das Suprarenin, das ja in den meisten Fällen mit verwendet wird, hat G. eine Kombination des Anästhetikumchlorids mit (0,25) Natriumbicarbonat hergestellt, welche z. B. für Novokainchlorid (1,0) eine saure Reaktion ergibt. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über die Verwendung des Novokains in Natriumbicarbonat-Kochsalzlösungen zur lokalen Anästhesie, von A. LÄWEN-Leipzig. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 39.) Mit der von GROS empfohlenen Verbindung von doppeltkohlensaurem Natrium und Novokainchlorid hat LÄWEN eine Reihe von Versuchen an Menschen ausgeführt. Er konstatiert, dafs die anästhesierende Wirkung bei lokaler Injektion in einigen Minuten einsetzt und längere Zeit, bis zu einer Stunde und mehr, anhält; dabei genügen erheblich kleinere Dosen als bei der Injektion ohne das Bicarbonat.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Erfahrungen mit Zykloform als Lokalanästheticum, von R. WERNER-Heidelberg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 38.) Das Zykloform ist ein von Bayer & Co. in Elberfeld dargestelltes, weifses, krystallinisches Pulver, das als Isobutylester der p-Amidobenzoësäure definiert wird. Es ist in Wasser nur aufserordentlich schwer, in Äther und Alkohol dagegen leicht löslich. Verfasser verwendet es seit etwa sechs Monaten, teils als Streupulver, teils als 5—10%ige Salbe namentlich bei granulierenden Wunden nach Carcinomoperationen, aber auch bei Ekzemen und

Rhagaden. Vor allen Dingen wird die ausgesprochene schmerzstillende Wirkung des Präparates gerühmt; nebenbei scheint es günstig auf den Heilungsprozefs einzuwirken und völlig ungiftig zu sein. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über die Grundwirkung des Quecksilbers, von Georg Priebatsch-Bern. (*Virchows Archiv f. pathol. Anatom.* usw. Bd. 201, Heft 2.) Der Verfasser stellte Untersuchungen an Tieren an, welche durch Quecksilber teils mit, teils ohne gleichzeitige Hirudinbehandlung getötet waren. Beide Gruppen zeigten im grofsen und ganzen die gleichen Bilder: starke Füllung in den Gefäfsen, Blutungen in der Magenschleimhaut, im Saccus caecus und Processus vermiformis des Blinddarms, Rötung und Schwellung und Nekrose der Blinddarmfalten, hämorrhagische Nephritis.

Die spezifischen Wirkungen des Quecksilbers treten demnach nicht auf dem Umwege der intravitalen Blutgerinnung, sondern durch direkte Protoplasmaschädigung an den Stellen auf, an welchen das Quecksilber zur Ausscheidung gelangt.

Schourp-Danzig.

Eine eigentümliche Form gewerblicher Quecksilbervergiftung, von Meinertz-Rostock. (*Med. Klinik.* 1910. Nr. 23.) Ein Mann hatte seine Beschäftigung in einem Raume, in dem grofse Quecksilbermengen verarbeitet wurden zum Zweck der Fabrikation von Zahnplomben, und hatte dabei reichlich Gelegenheit zur Aufnahme des Giftes durch Atmung, Haut und per os. Es bildete sich ein Zustand von Tremor und Muskelschwäche, besonders lokalisierte, vorwiegend die Streckmuskulatur betreffende Muskelschwäche mit einfacher, nicht degenerativer Atrophie der befallenen Muskeln. Aufserdem bestand leichte Stomatitis und sehr geringe Albuminurie. Von einer Polyneuritis in gewöhnlichem Sinne ist in diesem Falle nicht zu sprechen. Die Frage nach der Lokalisation der toxischen Veränderungen läfst Autor offen — ob in Rückenmark oder Muskulatur — und reiht den Fall in die Gruppe der namentlich von Letulle studierten Formen der Muskelparesen ein. Die Veränderungen waren einer Besserung zugängig. Gewerbehygienisch bedeutsam ist der Fall, da er mahnt, auch in den selteneren Betrieben die nötigen Schutzmafsregeln einzuführen.

Arthur Schucht-Danzig.

Ein merkwürdiger Fall von Quecksilbervergiftung, von Burnley-Langford-Norfolk. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 54. Nr. 15.) Eine Frau führte zur Hebung menstrueller Beschwerden in ihre Vagina zwei Sublimatpastillen ein; unter schweren Vergiftungserscheinungen erfolgte am zehnten Tage ihr Tod. *Schourp-Danzig.*

Tödliche Hg-Vergiftung nach einmaliger Injektion von nur 0,05 Hg-Salicylat. Von E. Schwaz-Göppingen. (*Med. Korresp.-Blatt des Württemb. ärztl. Landesvereins.* 1909. Nr. 37.) Ein 32jähriger Mann reagiert auf die Injektion von ½ ccm von 10⁰/₀₀igem Hg-Salicyl. als Paraffinemulsion mit starker Stomatitis, Gingivitis, Durchfällen, Nierenentzündung und Exitus am 22. Tage nach der Injektion.

Schourp-Danzig.

Über Asurol, von Ed. Bäumer. (*Berl. Klinik.* Juni 1910. Heft 264.) Verfasser hat das von v. Neisser in die Therapie eingeführte Asurol in 31 Fällen von frischer und rezidivierender Syphilis angewandt. Ein Urteil über die Nachhaltigkeit der Asurolinjektionen ist bei der Kürze der Zeit natürlich noch nicht möglich. Verfasser betont die geringe Schmerzhaftigkeit gegenüber Kuren mit unlöslichen Präparaten; entzündliche Infiltrationen und Knotenbildung wurden nicht beobachtet, auch bewährte sich das Präparat bei Frauen. Geringe Störungen des Allgemeinbefindens kamen vor, wie sie sich auch nach Hydr. salicyl. gelegentlich einstellen. Die Wirkung war eine sehr prompte. Als Anfangsdosis bezeichnet Verfasser 0,5—1 ccm einer 5%igen Lösung.

Strickrodt-Hamburg.

Das Aspirochyl (Quecksilberparaaminophenylarsinat) und seine therapeutische Wirkung, von Efisio Mameli und Giuseppe Ciuffo. (*Clin. med. Ital.* 1909.) Ein neues Hg-Präparat gebildet durch Verbindung von Atoxyl und Quecksilber. Die Verfasser stellen ihre Priorität gegenüber Uhlenhuth und Manteufel fest.

Gunsett-Strafsburg.

Herabsetzung der Schmerzen bei Hg-Injektionen, von Dreuw-Berlin. (*Allg. med. Central-Ztg.* 1910. Nr. 32.) Durch die gewöhnliche Spitzenöffnung der Pravaznadel wird das Medikament an einem einzigen Punkt im Gewebe suspendiert. Hierdurch wird das Gewebe gewaltsam auseinander gedrängt; es findet ein Druck auf die in der Nähe liegenden Nerven statt, die Resorption wird beeinträchtigt, die Infiltratbildung begünstigt. Daher ist eine weitergehende Verteilung des Medikamentes anzustreben. D. erreicht dies durch eine Kanüle, deren Spitze zugelötet ist; die Injektionsflüssigkeit wird infolgedessen durch fünf bis zehn feine Öffnungen, die seitwärts angebracht sind, nach allen Richtungen in das Gewebe eindringen und sich hier verteilen.

Schourp-Danzig.

Über die Unverträglicglichkeit von Jod mit Kalomel und Pagenstechers Salbe, von Yvert. (*Zeitschr. d. Allg. österr. Apoth.-Ver.* 1910. Nr. 15. Referiert nach *Pharmazeut. Zentralhalle.* 1910. Nr. 18.) Die Erscheinung, dafs Jod auf die Hg-Verbindung wirkt und Hg-Jodür erzeugt, welches durch einen Überschufs an Jod in freies Hg und das sehr ätzende Hg-Jodid sich umsetzt, tritt auch ein, wenn Hg-Oxycyanid zu Auswaschungen der Blase benutzt und gleichzeitig Jod eingegeben wird. Nach Holländer liefse sich diese Umsetzung zu Heilzwecken in Fällen von Tuberkulose der Schleimhäute verwerten. Er erzielte gute Erfolge bei Tuberkulose der Blase, wenn er einen Teelöffel einer 5%igen Kaliumjodidlösung eingab und eine Viertelstunde später Kalomel einliefs oder in öliger Emulsion einspritzte.

Arthur Schucht-Danzig.

Über die praktische Verwendbarkeit des Sajodins, von Dr. Kohlbach. (*Allg. Wien. med. Ztg.* 1910. Nr 7.) Verfasser sah eine sehr gute Wirkung mit Sajodin bei sekundärer und tertiärer Lues, bei Fettherz, Asthmabronchiale und Arteriosklerose, ohne dafs Jodismus beobachtet wurde. Ein Patient mit dolores osteocopi, sowie ein Asthmatiker vertrugen Sajodin vorzüglich, während sie gegen Jodkalium aufserordentlich unangenehm reagiert hatten. *Strickrodt-Hamburg.*

Novojodin als Jodoformersatz, von Friedrich Ritter v. Forster-Wien. (*Wien. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 30.) Novojodin ist ein Gemisch aus gleichen Teilen Talcum und Hexamethylentetramindijodid, ein gelbbraunes, geruchloses Pulver, das sich bei Licht nicht zersetzt, in Alkohol und Aceton löslich in Wasser und Äther unlöslich ist; mit Oleum olivarum, Paraffinum liquidum, Glycerin, Kollodium läfst es sich in 10—20%igen Suspensionen vereinigen. Das Präparat ist vollkommen reizlos, es wirkt bei hohem Aufsaugungsvermögen granulationsanregend und ist äufserst bakterizid.

Schourp-Danzig.

Feste Kohlensäure, ein schmerzloses Mittel zum Kauterisieren, von W. S. Gottheil-New York. (*Internat. Journ. of Surgery.* Jan. 1909.) G. hält die Behandlung mit Kohlensäureschnee, richtiger Kohlensäureeis für die einfachste und dabei erfolgreichste Behandlungsmethode, welche die Dermatologie in den letzten Jahren bereichert hat. Er berichtet über ausgezeichnete Erfolge bei den verschiedensten Formen der Naevi, nicht nur der oberflächlichen Feuermäler, sondern auch der tiefsitzenden venösen Naevi und cavernösen Angiome, bei denen er allerdings keine vollkommene Zerstörung anstrebt, sondern durch häufige kurze Sitzungen die Bildung einer mehr oder weniger dichten Bindegewebsschicht über den durchscheinenden Gefäfsen erreicht. Auch bei Warzen mit keratotischen Altersveränderungen, sowie bei Tätowierungen

waren die Erfolge ausgezeichnet. Bei Lupus erythematosus muſs die Behandlung etwas länger dauern; immerhin sind die Resultate derartige, daſs die Kohlensäure zur vollständigen Verdrängung der Trichloressigsäure, mit der G. den Lupus erythematosus bisher fast auschlieſslich behandelte, geführt hat.

Sein Vorgehen gestaltet sich folgendermaſsen: Ein zusammengefaltetes Handtuch wird in der Weise fest um den Hahn der Kohlensäurebombe gewickelt und mit verschiedenen Bindentouren befestigt, daſs ein cylindrisches Lumen von mäſsiger Gröſse bleibt. Es ist notwendig, daſs das Material, mit dem man das Gas auffängt, porös genug ist, daſs das erste ausströmende Gas in den kleinen Zwischenräumen zu hartem Eis erstarren kann; nur dann läſst sich weiterhin der Druck genügend erhöhen. Wenn das Handtuch nicht vollkommen trocken ist, entsteht kein hartes Eis, sondern weicher Schnee. Der Kohlensäurecylinder wird etwa horizontal gelagert mit dem Hahn nach unten gerichtet. Wird der Gashahn mehrere Male weit geöffnet, so genügt hierbei der Druck, um eine genügend groſse und feste Menge von Eis zu erhalten. Der Eiscylinder ist an dem proximalen Ende nahe dem Hahn beträchtlich härter als am andern Ende. Er wird hier abgeschnitten und in eine zur Applikation geeignete Form gebracht, die 1—3 cm lang sein muſs, da sich bei einem 30—60 Sekunden dauernden Druck das Eis verflüchtigt. Nach der Applikation ist die Stelle weiſs und hart gefroren, wird aber bald sekundär hyperämisch; es bildet sich eine Blase, die man ohne Verband eintrocknen läſst, so daſs eine Kruste entsteht, die nach zwei oder drei Wochen abfällt und eine glatte geheilte Oberfläche zurückläſst.

W. Lehmann-Stettin.

Kohlensäureschnee, von J. M. H. Macleod-London. (*Brit. med. Journ.* 11. Juni 1909.) Verfasser schildert kurz die Technik der Anwendung von fester Kohlensäure bei Hautläsionen im allgemeinen. Er fängt das ausströmende Gas in einem zusammengerollten Stück Fries auf und preſst den angesammelten Schnee mit einem Löffel in speziell konstruierte spekulumartige Applikatoren. Die Dauer der Berührung mit dem Schnee beträgt für angiomatöse Naevi in der Regel 30 Sekunden, für eine Warze eine Minute oder etwas mehr. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Kohlensäureschnee bei Hautkrankheiten, von H. W. Stelwagon-Philadelphia. (*Ther. Gaz.* Aug. 1910.) Gute Erfolge beim Lupus erythematosus und bei Naevi verschiedener Form; beim oberflächlichen Epitheliom und beim Lupus vulgaris waren auch ganz gute Erfolge zu verzeichnen, die aber hinter den mit anderen Mitteln erreichten zurückstanden. St. appliziert den Kohlensäureschnee in möglichst fester Form, 20—60 Sekunden, je nachdem es sich um oberflächliche oder tiefere Affektionen handelt. Subjektive Beschwerden hat er kaum beobachtet, rät aber nur kleine Stellen auf einmal zu behandeln. *W. Lehmann-Stettin.*

Flüssige Luft und Kohlensäureschnee zur Behandlung von Hautkrankheiten, von Lichtmann. (*Ruſski Wratsch.* 1910. Nr. 30.) Verfasser hat in einigen Fällen von Naevus und von Warzen mit groſsem Erfolg den Kohlensäureschnee angewandt. Er lieſs denselben 10 — 30 Sekunden einwirken und kam teilweise schon das erste Mal, teilweise bei der zweiten, resp. dritten Sitzung zum gewünschten Ziel.

Arthur Jordan-Moskau.

Novojodin, ein neues Ersatzmittel für Jodoform, von R. Polland - Graz. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 32.) Als Vorzüge dieses neuen Präparates werden angegeben: Geruchlosigkeit, Reizlosigkeit (auſser an der Vaginalschleimhaut, für welche eine Vermengung mit Bolus alba etwa im Verhältnis von 1 : 3 sich empfiehlt), kräftige desinfizierende und reinigende Wirkung auf Geschwürsflächen und billiger Preis. Auf venerischen Geschwüren soll es energischer wirken als das Jodoform. Der chemischen

Zusammensetzung nach ist es als Hexamethylentetramindijodid zu bezeichnen. Fabrik von Scheuble & Kochstetter in Tribuswinkel bei Baden in Nieder-Österreich.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Über Sulfosol, ein lösliches Schwefelpräparat, von Nicolai. (*New York. med. Monatsschr.* Juni 1910.) Sulfosol ist ein neues lösliches Schwefelpräparat, das alle therapeutischen Eigenschaften des reinen Schwefels besitzt, sich jedoch durch seine Reizlosigkeit von demselben unterscheidet. Es wurde nämlich mit gutem Erfolge verwandt bei Lues in Kombination mit Hg-Behandlung, ferner chronischen Ekzemen und Akne vulgaris. *Haas-Hamburg.*

Mattan, eine glanzlos deckende Paste, von Felix Pinkus-Berlin. (*Med. Klinik.* 1910. Nr. 14.) Das Mattan besteht aus Gleitpuder 36, Wasser 24, Vaselin 30. Es wurde zur Bedeckung ungleichmäſsiger Hautfärbung, vor allem im Gesicht, benutzt. Zum Schutz gegen Sonnen- und Gletscherbrand gibt es ein besonderes Ichthyolmattan unter den Namen Gletschermattan. Mattan dient in dem Zinkmattan als Grundlage für eine vorzügliche milde Zinkpaste; diesem lassen sich Medikamente wie Teer, Naftalan, Salicyl, Chrysarobin usw. zusetzen. *Arthur Schucht-Danzig.*

„Levurinose" und ihr therapeutischer Wert, von P. Schütte-Magdeburg. (*Fortschr. d. Medizin.* 1908. Nr. 24.) Bericht über therapeutische Erfolge bei Akne, Furunkulosis u. a. *Arthur Schucht-Danzig.*

Über die Anwendung von Levurinose in der Dermatotherapie, von R. Polland-Graz. (*Österr. Ärzte-Ztg.* 1909. Nr. 13.) Empfehlung des Heilmittels, u. a. bei urticariellen Erkrankungen. *Arthur Schucht-Danzig.*

Über Eucadol, von L. Török-Budapest. (*Bör-es Bujakortan, Beiblatt der Budapester Orvosi Ujság.* 1910. Nr. 1.) Eucadol hat eine sehr starke, juckenstillende Wirkung. davon überzeugte sich Török bei lichenifizierten, ekzematösen Flecken, bei Intertrigo, Prurigo, Pruritus ani, scroti et vulvae und bei Lichen planus. Übergangsmäſsig erwies es sich auch bei Pruritis senilis als ein gut wirkendes Mittel. Überall, wo Verfasser Teer anzuwenden pflegt, ordiniert er als Ersatz das neue Präparat. Am ratsamsten ist Eucadol in substantia zu verordnen. Mit Hilfe eines harten Borstenpinsels reibt man das Mittel auf die kranke Haut. In Oleum olivarum löst sich nur 50% des Eucadols. Wenn man also eine 10%ige ölige Eucadollösung bereiten will, muſs man 20 g Eucadol in 90 g Oleum olivarum geben. Beim Durchseihen bleiben 10 g ungelöstes Eucadol im Sieb. *Poross-Budapest.*

Zur Frage der Thiosinaminvergiftung, von Th. Kölliker-Leipzig (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 29.) Wegen ausgedehnter Narbenkeloide der Bauchhaut nach Verbrennung erhielt eine junge Dame Injektionen von 0,2 Thiosinamin. Nach der fünften Einspritzung traten Intoxikationserscheinungen in Gestalt von Unbehagen, Frost, Kopfweh und Schweiſsausbruch ein. Es konnte aber trotzdem die Injektionskur mit 18 Einspritzungen erfolgreich zu Ende geführt werden. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über die Wirkung des Scharlachrotöls auf die menschliche Epidermis (Selbstversuch), von K. Wessely-Würzburg. (*Med. Klinik.* 1910. Nr. 14.) Autor injizierte sich intracutan eine geringe Menge gesättigten Scharlachöls und lieſs sich das Hautstück nach 14 Tagen exzidieren. Mikroskopisch zeigte sich eine Verbreiterung der Epidermis, hauptsächlich des Stratum Malpighi, bis auf etwa das Doppelte der normalen Dicke. Ferner war das Epithel der Ausführungsgänge von Schweiſs- und Talgdrüsen und vor allem der Haarwurzelscheiden verbreitert. Diese zeigten sich auch nach der Tiefe stark verlängert, verbreitert und verzweigt. Die Befunde zeigen, daſs auch beim Menschen eine Wirkung der Scharlachölinjektionen auf das Epithel besteht, wenn sie auch wesentlich hinter den am Kaninchenohr beobachteten Wirkungen zurückbleibt. *Arthur Schucht-Danzig.*

Beitrag zur Kenntnis der Wirkung des Scharlach R auf das Epithelwachstum. Ein neues Wundheilmittel, von M. Strauss-Nürnberg. (*Dtsch. med. Wochenschr*. 1910. Nr. 19.) Str. hat gleich anderen Autoren durch Anwendung von Scharlachrotsalbe bei gereinigten granulierenden Wunden, im besondern bei Brandwunden, bei einer ausgedehnten Röntgenverbrennung, bei gereinigten Unterschenkelgeschwüren, bei granulierenden Hautdefekten nach Spaltung von Phlegmonen oder Exzision von Karbunkeln, bei ausgebreiteten nässenden Ekzemen, bei grofsen durch Traumen bedingten Hautabreifsungen und konsekutiven Nekrosen sehr rasche und feste, widerstandsfähige Epithelisierung erzielt. Verwendet wird 8%ige, bei jugendlichen Individuen oder bei sehr zarter, empfindlicher Haut, vor allem im Gesicht und in der Achselhöhle, und bei den nässenden Ekzemen 4%ige Salbe, die messerrückendick auf Verbandmull aufgestrichen aufgelegt wird und 24 Stunden liegen bleibt. Wenn keine Reizerscheinungen entstehen, wird der nächste Verband wieder mit der Salbe gemacht, zwischenhinein aber und namentlich, sobald Reizerscheinungen auftreten, mufs ein feuchter Verband mit essigsaurer Tonerdelösung oder ein Borsalbenverband angelegt werden. Die ersten Applikationen der Scharlachrotsalbe verursachen stets einen feinen, grauweifsen Belag auf den Granulationen und eine Verstärkung der Sekretion. Bei unreinen, jauchenden, eitrig belegten, ödematös gequollenen Wundflächen ist die Salbe wirkungslos. In geeigneten Fällen macht ihre Anwendung oft Hauttransplantationen unnötig, das entstehende dicke, derbe Epithel verhindert ein Wiederaufbrechen einmal geschlossener Wunden, Kontrakturen und Narbenspannungen kommen nicht zustande. Ein schädlicher Einflufs auf Wunden wurde bisher nicht beobachtet, die Befürchtung, dafs die Anregung des Epithelwachstums einmal zur Bildung eines Carcinoms führen könne, ist unbegründet; immerhin ist bei Haut- oder Schleimhautdefekten, die durch Carcinom verursacht sind, Vorsicht beim Gebrauch der Scharlachrotsalbe geboten.

Die wirksame Substanz des Scharlachrot ist das Amidoazotoluol, das in Form einer 8%igen Salbe angewendet ebenso wirken soll wie das Scharlach R.; Str. selbst hat darüber noch keine genügenden Erfahrungen. — Die 8%ige Scharlachrotsalbe wie die 8%ige Amidoazotoluolsalbe werden, letztere unter dem Namen Scharlachsalbe, von der Bretschneiderschen Apotheke in Berlin in den Handel gebracht.

Götz-München.

Studien über das Borovertin, von Hans Rock-Wien. (*Ärztl. Reformztg.* 1909. Nr. 18.) Borovertin ist ein gut wirkendes Harndesinficiens. Die tägliche Dosis ist vier bis fünf Tabletten. Frauen und Kinder vertragen das Präparat besser als Männer.

Arthur Schucht-Danzig.

Über Wismut-Intoxikation, nebst Mitteilung eines tödlich verlaufenden Falles nach Applikation einer Bi-Salbe, von Windrath-Duisburg-Meiderich. (*Med. Klinik.* 1910. Nr. 19.) Nach Lewin mufs der Ansicht von der Harmlosigkeit grofser Dosen Bi. subn. mit aller erdenklichen Schärfe entgegengetreten werden. Die Symptome der Bi. subn.-Vergiftungen sind nur als Bi-, nicht als Nitritwirkung aufzufassen. Das typische Bild der Bi-Metallvergiftung ist:

1. Stomatitis. Schwärzliche Verfärbungen von Mundschleimhaut, Gaumen, Mandeln, selten von Rumpf und Gliedmafsen.
2. Störungen von seiten des Magendarmkanals.
3. Albuminurie, Zylindrurie, desquamative Nephritis.
4. Pulsstörungen.
5. Konvulsionen, Delirien.

Dem ersten von Mahne 1905 beschriebenen Fall einer Bi-Vergiftung mit tödlichem Ausgange nach Applikation einer Bi-Salbe werden zwei vom Autor beobachtete an-

gereiht, deren einer tödlich verlief. Bei letzterem hatte ein Arzt auf eine Brandwunde 10%ige Bi-Salbe, zweimal täglich zu wechseln, verordnet. Das anfangs am meisten auffällige Symptom war die Stomatitis, wie bei allen Metallvergiftungen. Die Erscheinungen setzten zwei Tage nach Anwendung der Salbe ein mit hohem Fieber (Delirien), Stomatitis und Durchfälle. Im Gesicht, am Rumpf und Extremitäten traten graublaue Flecke auf, ferner am ganzen Körper ein kleinfleckiges (masernartiges) Exanthem in dem leichten Fall, ein pustulöses an Extremitäten, Leib und Rücken in dem schweren Fall. *Arthur Schucht-Danzig.*

Angioneurosen.

Zur Diagnose und Therapie der Stauungsdermatosen, von P. Strauss-Hannover. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 28.) Ein 34jähriger Mann gab an, seit 25 Jahren bereits an einem Ausschlag beider Unterschenkel gelitten zu haben, welcher trotz ausgiebigster Behandlung auch von namhaften Spezialisten nicht zur Heilung kam, durch den intensiven Juckreiz ungemeine Qualen verursachte und den Patienten gezwungen hatte, seinen Beruf als Apotheker aufzugeben. Der Befund war der eines Lichen simplex chronicus (Vidal) mit hochgradiger Verdickung der Haut und grofsen, tiefen, durch das vom Patienten geübte Kratzen bewirkten Geschwüren. Varicen waren nicht sichtbar, dürften aber im Gebiet der V. femorales bestanden haben. Unter Behandlung zunächst mit einer Kühlsalbe und einem gutsitzenden Kompressionsverband, späterhin mit Ichthyol und Teer bei fortgesetzter Kompression heilte das Leiden in etwa acht Wochen aus. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über das harte traumatische Handrückenödem, von Fritz Schlichting-Völklingen a. S. (*Dtsch. Ztschr. f. Chir.* Bd. 105, Heft 3—4.) Beschreibung eines Falles, der zur völligen Gebrauchsunfähigkeit der Hand führte. Der linke Handrücken war durch eine niederfallende eiserne Klappe verletzt worden und in der Folge vom Patienten durch Reiben wahrscheinlich mifshandelt worden. *Schourp-Danzig.*

Die Bedeutung der Mineralsalze in der Pathogenese und Therapie der Ödeme, von Ernst Schloss-Rummelsburg. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 22.) Schl. unterzieht auf Grund seiner experimentellen Untersuchungen über den Einflufs der Salze auf den Säugling (*Jahrbuch f. Kinderheilkunde* 1910, Bd. 71, S. 298) die Pathologie der Wasserretention einer kritischen Betrachtung; die Ergebnisse seiner Studien fafst er in folgender Weise zusammen:

Jede Erhöhung der Salzzufuhr ruft beim gesunden Säugling eine doppelte Abwehrtätigkeit des Organismus hervor, einmal eine Verdünnungsreaktion, dann eine Ausscheidungsreaktion. Welche von beiden vorwiegend tätig ist, hängt von der gröfseren oder geringeren Schädlichkeit der betreffenden Substanzen für den Organismus, besonders wohl auch für die Niere ab. Durch das Überwiegen der einen oder anderen Reaktion ist nun das resultierende klinische Bild bedingt, das sich einmal als Wasserretention, ein anderes Mal als erhöhte Diurese darstellt. Wenn das allgemein zutrifft, dann wäre die Salzdiurese nur der Ausdruck der Abwehrbestrebungen des Organismus den im Übermafs vorhandenen Salzen gegenüber; wenn also die Salze keine direkte diuretische Kraft entfalteten, so kämen sie therapeutisch bei der Nephritis wegen der Gefahr der Retention und der dadurch vermehrten Schädigung nicht mehr in Betracht. Dagegen eröffnete sich ihnen ein gröfseres Anwendungsgebiet bei passiver Einlagerung, also bei Stauungsödem, Ergüssen usw. Es käme aber hauptsächlich auf die Menge des mit eingeführten Wassers an, ob eine Diurese stattfindet oder nicht. Es ergibt sich ohne weiteres die Folgerung, möglichst konzentrierte Salzlösungen einzuführen, wenn es zu einer Wasserausscheidung kommen soll. Was die

Art des anzuwendenden Neutralsalzes betrifft, so dürften sich die Kalziumsalze eher empfehlen als die meist gebrauchten Kaliumsalze, da die wasserentziehende Wirkung der Kalziumverbindungen weit gröfser ist. Wenn ein basisches Salz gegeben werden soll, wird man unbedingt Kalium bicarbonicum oder Kalziumkarbonat dem Natrium bicarbonicum vorziehen müssen, weil letzteres zur Retention und daher zur Ödembildung neigt. Dafs es allerdings bei intakter Niere möglich ist, durch Kalziumverbindungen Ödeme zum Schwinden zu bringen, wurde sehr schön bei einem Säugling beobachtet, der durch molkenreiche Nahrung (Buttermilch) ödematös geworden war (idiopathisches Ödem); durch fortgesetzte Zufuhr kleiner Dosen Kalziumphosphat schwanden die Ödeme innerhalb zweier Tage. Ebenso haben sich wiederholt bei Säuglingen durch Kochsalz hervorgerufene Gewichtsanstiege durch Kalziumchloridzufuhr sofort ausgleichen lassen. *Götz-München.*

Chirurgische Behandlung des chronischen Ödems. Lymphangioplastik oder Fadenkapillardrainage, von Guibé. (*Presse méd.* 1910. Nr. 6.) Die Methode besteht in einer Ableitung der Lymphe der befallenen Regionen in eine andere Gegend, wo sie absorbiert werden kann. Es sind deshalb nur diejenigen Fälle dieser Behandlung zugänglich, bei denen das Ödem infolge lokal verhinderten Blut- oder Lymphabflusses entstanden ist, also besonders die elephantiastischen Prozesse. Zur Erreichung des Abflusses der Lymphe nach einem anderen Körperteil wird die Kapillarität des Seidenfadens benutzt, welche im Gewebe unbeschränkt fortbesteht. Bei Elephantiasis des Fufses z. B. werden ein oder mehrere lange Seidenfäden subcutan am Bein entlang bis in die Leiste geführt. Die Lymphe fliefst dann an diesen Fäden entlang nach der Leiste ab und es erfolgt eine auffallende Abschwellung des Fufses. Die einzige unangenehme Komplikation der Methode ist die Möglichkeit der Infektion der Fäden, die in diesem Falle wieder beseitigt werden müssen. *Gunsett-Strafsburg.*

Die Urticaria im Kindesalter, von Hutinel. (*Journ. d. pratic.* 1910. Nr. 18.) Die Urticaria im Kindesalter ist nach H. fast ausnahmslos durch Störungen im Verdauungsapparat verursacht; sie ist die cutane Manifestation einer intestinalen Autointoxikation, die sowohl durch Genufs verdorbener oder ungesunder Nahrungsmittel wie auch durch schlechte, ungenügende oder verlangsamte Verarbeitung einwandfreier Speisen hervorgerufen sein kann. Die Behandlung richtet sich demzufolge ausschliefslich gegen die vorhandenen Darmstörungen, örtlich wird zur Linderung des Juckreizes nur Unguentum leniens und darüber ein indifferenter Puder appliziert.

Mit der Urticaria intestinalen Ursprungs sind einige andere Hauteruptionen verwandt, die ebenfalls durch Einverleibung toxischer oder infektiöser Stoffe ausgelöst werden; es sind das die toxischen und die infektiösen Erytheme und der Strophulus vesiculosus. Zur Entstehung dieser Affektionen wie der Urticaria bedarf es aufser der eigentlichen Ursache auch einer Prädisposition. *Götz-München.*

Die Anaphylaxie (Überempfindlichkeit) bei Heufieber, Urticaria und Asthma, von G. Billard-Clermond-Ferrand. (*Gaz. d. hôp.* 1910. Nr. 62.) Der Verfasser glaubt, dafs sowohl der Heuschnupfen als das Asthma auf einer hereditären oder akquirierten Überempfindlichkeit beruhen. Er zitiert Beispiele von Kranken, die anfangs mehrere Jahre hindurch nur an unbedeutendem Schnupfen litten, die dann nach Jahren, nachdem sich unterdessen Überempfindlichkeit eingestellt hatte, bei Einatmen von toxischem Staub Asthma bekamen. Ebenso sind die sogenannten Arthritiker, zu denen die Asthmatiker gehören, Überempfindliche. In diese Kategorie gehört auch die Urticaria, die ja, wie neuere Untersuchungen gezeigt haben, ebenfalls eine Überempfindlichkeitserkrankung ist. B. glaubt, dafs ebenso wie das Heufieber, so auch die Urticaria zu Asthma führen kann. *Gunsett-Strafsburg.*

Zur Kenntnis der RAYNAUDschen Krankheit, von H. VON HOESSLIN-Halle. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 29.) Bericht über zwei Fälle mit einigen interessanten Momenten. Der eine Fall, eine 31jährige Arbeiterin, zeigte neben typischen Veränderungen an den Händen und in geringem Grade an den Zehen auch deutliche angiospastische Störungen am Kinn, an der Nase und an der Zunge. An den Nerven dieses letzteren Organs stellte Verfasser anschliefsend an LOEWIS Beobachtungen verschiedentliche Versuche auf die Wirkung von Adrenalin, Pilocarpin usw. an. Bei dem zweiten Fall, ein 29jähriges Hausmädchen betreffend, war die Ätiologie erwähnenswert, indem die Läsionen im Anschlufs an einen durch einen einschlagenden Blitzschlag erlittenen Schrecken sich einstellten. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Morbus coeruleus bei vier Generationen, von O. BURWINKEL-Bad Nauheim. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 21.) Der Vater der jüngsten Generation hat trotz seines kongenitalen Herzfehlers seiner Militärdienstpflicht genügen können. Die Grofsmutter, mit „Blausucht" behaftet, erreichte ein Alter von 76 Jahren.

Arthur Schucht-Danzig.

Arzneiexantheme als Ausdruck von Idiosynkrasie und Anaphylaxie, von E. KLAUSNER-Wien. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 27.) Zur Frage von der Jodidiosynkrasie bringt K. folgende exakte Beobachtung: Von einem Patienten, welcher vor 15 Monaten von ihm an einer ausgesprochenen Idiosynkrasie gegen Jodoform und Jodkalium behandelt worden, seitdem aber nicht wieder erkrankt war, wurde Serum entnommen und 5 ccm einem Meerschweinchen injiziert; ein anderes Meerschweinchen erhielt 5 ccm Serum von einem gesunden Individuum, und 48 Stunden später erhielten beide Tiere sowie ein drittes, nicht weiter behandeltes Tier eine Injektion von 0,5 ccm einer 33%igen Jodoformemulsion. Nur das erste Versuchstier erkrankte an toxischen Erscheinungen und ging im Laufe von etwa zwölf Stunden zugrunde. Analoge Resultate lieferten einige Experimente mit der Injektion von Serum von Patienten, welche gegen Tuberkulin sich überempfindlich erwiesen hatten; auch diese ergaben, dafs das Vorhandensein einer speziellen Idiosynkrasie sich aus dem Tierversuch durch Einspritzen des Serums des betreffenden Patienten unter Umständen sicher erkennen lassen kann. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Arzneiausschlag nach Gebrauch von Hexamethylentetramin, von R. HILBERT-Sensburg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 27.) Wegen Blasenkatarrhs erhielt eine 36jährige, etwas nervöse, im dritten Monat der Schwangerschaft befindliche Frau eine 5%ige Lösung obigen Medikaments verordnet. Nach dem Einnehmen von einem Efslöffel voll der Medizin trat alsbald ein urticariaartiger Ausschlag am ganzen Körper mit heftigem Brennen und Jucken, Kopfschmerz und Tränenflufs hervor. Am nächsten Tage konstatierte Verfasser bei einem zweiten Versuch alsbald die gleichen Störungen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Ein neuer Fall von erythematös-vesikulo-pustulösem Hautausschlag nach Diphtherie, von GUSTAV BLUTH-Charlottenburg. (*Med. Klinik.* 1910. Nr. 35.) Am siebenten Krankheitstage traten bei einem diphtheriekranken Mädchen an den Streckseiten beider Knie- und Ellenbogengelenke polyzyklische Erytheme auf, die an den nächsten Tagen zunahmen und bei gleichzeitiger Ausbildung starken Hautödems ineinanderflossen. Alsdann bedeckte sich das Erythem mit zahllosen miliaren wasserhellen Bläschen, von Fufsrücken bis Leistengegend und von Mitte des Oberarms bis zu den Handgelenken. Auch um die Trochanter und an der rechten Bauchseite entstanden einzelne bläschenbedeckte Erythemstellen. Die Bläschen wandelten sich zu Pusteln um, der Eiter war steril. Dieses ist der achte in der Literatur beobachtete Fall.

Arthur Schucht-Danzig.

Ungewöhnlich schnell auftretendes Exanthem nach Injektion mit Diphtherieserum, von LOUIS NEUWELT-New York. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 55, Nr. 14.) Bei einem sechsjährigen, diphtheriekranken Knaben trat ungefähr zehn Minuten nach der Diphtherieseruminjektion eine Urticaria auf. *Schourp-Danzig.*

Pustulöse Typhusroseola, von CARY EGGLESTON - New York. (*New York med. Journ.* 10. Sept. 1910.) Bei dem von E. beobachteten Patienten, einem 14jährigen Knaben, waren auf Brust und Bauch 12—15 rosarote, makulopapulöse Flecken von etwa 2—3 mm Durchmesser und aufserdem 2—3 gröfsere tiefrote von 10—12 mm Durchmesser mit einer zentralen gelben Pustel vorhanden. Die Bläschen und Pusteln hatten grofse Ähnlichkeit mit den bei Blattern und Varicellen vorkommenden. Nach dem zwölften Tage der Krankheit traten keine neuen Hauteffloreszenzen mehr auf, die auf obige Lokalisation beschränkt blieben. Der Verlauf der ganzen Krankheit war ein milder, beschränkte sich sonst auf geringfügige Diarrhoe in den ersten Tagen, Milzschwellung (am neunten Tage), kontinuierliches Fieber (18 Tage hindurch) und Entfieberung durch Lysis. Am 28. Tage, nachdem die Temperatur schon zwei bis drei Tage lang normal gewesen war, trat ein Rückfall ein, aber ohne Hauterscheinungen und mit baldiger endgültiger Heilung. Im Zusammenhang mit den wenigen ähnlichen Fällen aus der Literatur findet E., dafs es sich hierbei stets um Kinder gehandelt hat, die Krankheit einen milden Verlauf hatte und in keinem der Fälle im Pustelinhalt Typhusbazillen konstatiert wurden, derselbe vielmehr ein ziemlich wechselndes bakteriologisches Bild aufwies. Mit einer Abbildung. *Stern-München.*

Hautausschläge bei Typhus abdominalis, von J. PHILLIPS-Cleveland. (*Amer. Journ. med. science.* Aug. 1910.) Als Material zu dieser Arbeit hat Verfasser die im Krankenhaus zu C. von ihm und anderen Kollegen an 1230 Fällen gemachten Beobachtungen verwendet nebst einem eingehenden Studium der neueren Literatur. Als bemerkenswert mögen folgende Einzelheiten hervorgehoben werden: Herpes an den Lippen oder anderswo lokalisiert kam 12mal vor; Urticaria wurde bei 21 Patienten konstatiert. Sudamina wurden häufig verzeichnet. Bei 83 Patienten trat eine ausgedehntere Abschuppung ein. Purpura kam in sechs Fällen zur Beobachtung und war von übler Vorbedeutung, Erysipel bei zwei und Pemphigus bei vier. Aufserdem werden Furunkulosis, Karbunkel, Abscesse, Onychie, Tâches bleuatres usw. erwähnt. Besonders eingehend wird ein Fall von Striae patellares bei einem 14jährigen Knaben geschildert. Der Fall verlief infolge von mehrfachen Komplikationen äufserst langwierig, und nach etwa achtwöchigem Krankenlager wurden an der Vorderfläche der Knie und Unterschenkel zahlreiche (42) quergestellte, rosafarbene Striae, welche unvermerkt und schmerzlos entstanden waren, entdeckt. Bei einer 42jährigen Frau hat PH. analoge (weifse) Streifen, welche von einem im 15. Lebensjahre überstandenen Typhus herrührten, gesehen (Abbildungen). *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Gruppe der Erytheme als Komplikation von Rheumarthritis acuta, von O. M. SCHLOSS-New York. (*Amer. Journ. med. science.* Aug. 1910.) Verfasser rechnet (nach OSLER) zu der Erythemgruppe aufser dem einfachen Erythem, dem Erythema nodosum, Erythema multiforme und exsudativum auch Urticaria, Purpura und das angioneurotische Ödem. Er hält es für wahrscheinlich, dafs das Virus der akuten Rheumarthritis auch die Ursache der Hautläsionen abgibt. Allerdings genügen die hier angeführten Beobachtungen an vier Patienten nicht, um den Beweis als gelungen zu erachten, um so mehr, als bei zwei der Fälle die Hautläsionen durchaus nicht mit den rheumatischen Symptomen zeitlich zusammenfielen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über die Ätiologie der Pellagra, von G. ANTONINI. (Autoreferat in *Il Morgagni.* 18. Sept. 1910.) Eine literarische Studie über den Gegenstand. Der Verfasser geht besonders auf die Arbeiten von G. ALESSANDRINI ein, welcher in monatelangen

Studien in den verseuchten Gebieten zu neuen Gesichtspunkten in der Frage der Ätiologie der Pellagra kam. So fand er, dafs eine Korrelation zwischen der Wasserversorgung und der Pellagra besteht. Er konnte nachweisen, dafs die Krankheit besonders häufig in Gegenden vorkommt, wo Wasser aus offenstehenden oder schlecht verschlossenen Gruben genossen wird, dafs hingegen Ortschaften, welche über Quellwasser verfügen, vollständig immun sind. So waren in der Provinz Brescia Dörfer mit gutem Quellwasser ohne Pellagra und ganz nahe danebenliegende mit schlechter Wasserversorgung, in denen die Pellagra endemisch war. In anderen Gebieten z. B. erlischt die Pellagra vollkommen, seitdem eine bessere Wasserversorgung erzielt worden ist. Allerdings macht ALESSANDRINI keine Angaben über den mit dem Wasser übertragenen Erreger. *Gunsett-Strafsburg.*

Zur Ätiologie der Pellagra, von WALTER HAUSMANN - Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 36.) Verfasser nennt die Pellagra eine „Sensibilisationskrankheit"; er glaubt, dafs durch die Ernährung dem Körper Stoffe zugeführt werden, die durch die Zersetzung im Körper Sensibilisatoren erzeugen, Substanzen, die eine aufserordentliche Lichtempfindlichkeit haben bzw. durch deren Einflufs bei Belichtung im Organismus Toxine gebildet werden, die für die pellagrösen Symptome von Bedeutung sein können. *W. Lehmann-Stettin.*

Zur Pathogenese der Pellagra, von HUGO RAUBITSCHEK - Czernowitz. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 26.) Verfasser folgert aus seinen Untersuchungen, dafs die Ernährung mit Mais von guter oder schlechter Qualität an und für sich nicht pellagrogen wirkt, dafs aber unter dem Einflufs des Sonnenlichts bei vorwiegender Maisernährung, wahrscheinlich aus den alkohollöslichen Anteilen des Kornes (Lipoiden), an den dem Sonnenlicht ausgesetzten Partien der Haut eine Noxe entsteht, die neben den lokalen Hauterscheinungen auch auf den Gesamtorganismus deletär wirkt.
W. Lehmann-Stettin.

Für die Pellagra. Kritische Studie von ROBERTO CAMPANA. (*Riforma med.* 1910. Nr. 31.) CAMPANA polemisiert gegen die neuestens publizierten Ansichten über die Ätiologie der Pellagra, nach denen ein animalischer Parasit Erreger derselben sei. Er schlägt vor, vom Namen Pellagra ganz abzusehen und die Fälle nach ihren Symptomen, Läsionen und ebenso den gefundenen Parasiten genau zu beschreiben und dann zu sehen, ob es Pellagrafälle sind oder andere Krankheitsbilder, die ihr ähnlich sehen. *Gunsett-Strafsburg.*

Pellagra, von J. D. LONG-Washington. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 55, Nr. 9.) Der Verfasser nimmt als Ursache der Pellagra eine Schädigung der Darmschleimhaut durch Amöben an. *Schourp-Danzig.*

Pellagra, von H. P. COLE und GILMAN J. WINTHROP-Mobile. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 54, Nr. 17.) In schweren Pellagrafällen ist die Bluttransfusion fraglos von Wert. Die Verfasser behandelten elf Fälle mit Transfusion; sieben wurden geheilt.
Schourp-Danzig.

Pellagra, von A. J. DELCOURT-Houma. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 54, Nr. 14.) Klinische Studie. *Schourp-Danzig.*

Ein Fall von Pellagra in Illinois, von J. H. BACON - Peoria. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 54, Nr. 22.) Krankengeschichte einer 37jährigen Frau.
Schourp-Danzig.

Pellagra, kompliziert durch eine Laparotomie, von RAYMOND C. TURCK-Jacksonville. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 54, Nr. 24.) Im Anschlufs an eine zwecks Ovariotomie vorgenommene Laparotomie erkrankte eine 30jährige Frau an Pellagra; nach sechs Wochen erlag sie der Krankheit im Bilde einer Mania acuta.
Schourp-Danzig.

Klimatische Behandlung der Pellagra. Vorläufige Mitteilung von C. C. Bass-New Orleans. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 55, Nr. 11.) Empfehlung von Kurorten im Gebirge mit kühler Temperatur. *Schourp-Danzig.*

Hautblutungen im Verlaufe von Typhus abdominalis, von A. Huber-Blumenbach (Mähren). (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 19.) Als Beitrag zu diesem von Curschmann angeregten Thema berichtet Verfasser über drei Fälle seiner Praxis, von denen zwei tödlich verliefen. Die Hämorrhagien traten in verschiedentlicher Intensität und Umfang regellos an den verschiedensten Körperstellen auf der Höhe der Krankheit hervor. Als Roseola haemorrhagica ist die Affektion nicht zu deuten.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Ein Fall von Henochscher Purpura mit Intussusception, von J. H. Tonking-Camborne. (*Lancet.* 10. Sept. 1910.) Die Symptome bei dem $5^1/_2$jährigen Knaben waren neben Purpuraflecken an den Nates Ödem am Skrotum und an den Augenlidern, Anschwellung der Hand, Fieber, heftiger Schmerz im Abdomen und Intumeszenz oberhalb des Nabels. Auf ein Klystier erfolgte normaler Stuhlgang. Die Laparotomie ergab eine Intussusception von mehreren Zoll Länge. Genesung.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Purpura nach Jodeinnahme, von Frank Crozer Knowles-Philadelphia. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 55, Nr. 3.) Der Verfasser unterscheidet zwei Gruppen von Purpura nach Jodgebrauch: bei der ersten handelt es sich um ein universelles Exanthem mit regelmäßig vorhandenen Krankheiten der Nieren oder des Herzens oder mit schlechtem allgemeinen Ernährungszustand der Patienten; in der zweiten Gruppe ist die Purpura auf die unteren Extremitäten sonst gesunder Leute mit einer Jodidiosynkrasie beschränkt. *Schourp-Danzig.*

Ein Fall von infektiöser Purpura, von S. J. Repplier-Philadelphia. (*Archives of Pediatr.* März 1910.) Ein 19 Monate altes Kind erkrankt an schwerem Erysipel und zeigt am Tage vor dem Exitus zahlreiche Ecchymosen an beiden unteren Extremitäten. Verfasser sieht einen direkten Zusammenhang zwischen dem Erysipel und der „Purpura", obwohl keine Blutkulturen angelegt und auch keine Autopsie gestattet worden war. *W. Lehmann-Stettin.*

Ein Fall von Skorbut, von Enrique Lauzurica. (*Revista ibero-americ. de cienc. méd.* April 1910. Bd. 23, Nr. 68.) Der Fall war ausgezeichnet durch Haemorrhagien am Zahnfleisch, Ödem der Extremitäten mit bläulichen, erythematösen Flecken, vorübergehende Blindheit, Krämpfe und ein einige Tage andauerndes Coma. Der Fall ging in Heilung über. *Gunsett-Straßburg.*

Prophylaxe und Therapie des infantilen Skorbuts. Barlowsche Krankheit. (*Riv. crit. di clin. med.* 1910. Nr. 39.) Referat eines Artikels von Triboulet über dieses Thema aus „*La clinique*" 24. Juni 1910. Die Hauptsache in der Prophylaxe der Barlowschen Krankheit besteht in der Verabreichung einer möglichst natürlichen Milch als Nahrung an die Kinder. Insbesondere soll Milch, welche in irgendeiner Weise durch Manipulationen modifiziert ist, wie zentrifugierte, im Caseingehalt verminderte, humanisierte oder maternisierte Milch als Dauernahrung vermieden werden. Ist die Krankheit ausgebrochen, so ist wieder die Hauptsache eine gesunde Diät: gute, natürliche Milch, frisches Gemüse und ein bis zwei Eßlöffel Zitronensaft täglich. In der Rekonvaleszenz tut etwas Eisen gute Dienste.

Gunsett-Straßburg.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 52. | No. 3. | 1. Februar 1911.

Weitere Erfahrungen mit EHRLICHs „606".

Von

Dr. FELIX MALINOWSKI,
Arzt am St. Lazaruskrankenhause zu Warschau.

(Nach einem Vortrage in der Warschauer Ärztegesellschaft.)

Vor einigen Monaten habe ich an dieser Stelle die Resultate eigener Untersuchungen über Behandlung der Syphilis mit „606" in 82 Fällen dargelegt.

In Anbetracht der geringen Zahl der Fälle und der Kürze der Beobachtungszeit war ich in meinen Schlußfolgerungen sehr vorsichtig.

Seither ist die Zahl meiner Fälle beträchtlich gewachsen, die Beobachtungszeit hat bedeutend zugenommen; ferner sind meine Erfahrungen durch die enorme Zahl der Mitteilungen aus den Kliniken von NEISSER, LESSER, GAUCHER, DUHOT, REISS und KRZYSZTALOWICZ usw. sowie die Zirkulare EHRLICHS über 40000 Injektionen bestätigt und meine Ansichten bis zu einem gewissen Grade kristallisiert worden.

In bezug auf die Technik habe ich alle in meiner ersten Arbeit angeführten Verfahren, welche übrigens seither nur geringe Modifikationen erfahren haben, versucht. Von der Methodik hängen die Ergebnisse in hohem Maße ab.

Die einfachste, sicherste und rascheste Methode ist, meines Erachtens jene, zu welcher ich aus eigener Erfahrung gekommen bin: Die Dosis „606" wird in warmem, destilliertem, sterilem Wasser unter stetem Zusatz desselben und unausgesetztem Schütteln gelöst. Nach Auflösung des Pulvers wird tropfenweise Normalnatronlauge bis zu neutraler Reaktion zugesetzt (eigentlich schwach saure oder schwach alkalische), in der Regel genügen 15—20 Tropfen derselben. Auf diese Weise erhält man 4—6 ccm einer klaren, ziehenden Flüssigkeit, welche intramuskulär in beide Gesäßhälften so weit als möglich nach oben und außen vom Nervus ischiadicus injiziert wird. Selbstverständlich wird dabei streng aseptisch verfahren. Die Lokalschmerzen und Infiltrate sind nach dieser Injektion meist sehr gering, viel

geringer als nach alkalischen Lösungen und nur ausnahmsweise gröſser als nach den so allgemein und larga manu geübten Injektionen von Salicylquecksilber und gelbem Oxyd. Nach kurzdauernden, mehr oder minder heftigen Schmerzen, welche einige Stunden nach der Injektion auftraten, nach einer leidlich durchbrachten Nacht, konnten die Kranken häufig bereits am folgenden Tage gut gehen und sitzen und wollten durchaus ihrer Beschäftigung nachgehen. Nicht so gern und viel seltener habe ich die nach Wechselmann zubereitete, in der vorhergehenden Arbeit ausführlich beschriebene Methode verwendet.

Die unter die Haut in der Gegend der Schulterblätter gemachte Injektion ist oft schmerzlos, wirkt indessen, wie Ehrlich in dem letzten Zirkular mitteilt, langsamer und schwächer als andere Methoden. Dabei entstehen häufig an der Injektionsstelle langdauernde Infiltrate, Erweichungen und Gewebsnekrosen. Auſserdem kommt es bei dieser Methode zuweilen zu Dyspnoe infolge Atmungsstörungen, Brachykardie und Arythmie. Sehr bequem und selbst ambulatorisch ausführbar ist die Einspritzung von 10%igem „606“ in flüssigem Paraffin oder Sesamöl, wie dies Kromayer, Volk, Lipschütz u. a. taten: In einen sterilisierten Mörser wird „606“ geschüttet, dann werden die erwähnten Mittel langsam zugesetzt und das Ganze sorgfältig zerrieben. Die Emulsion muſs im Dunkeln aufbewahrt und vor der Verwendung sorgfältig aufgeschüttelt werden. Die Injektionen habe ich ambulatorisch jeden oder jeden zweiten Tag gemacht, indem ich die gewöhnliche Dosis in zwei bis drei zerlegte.

Die Injektionen sind wenig schmerzhaft; die Kranken können fast immer ihrer Beschäftigung nachgehen. Das so zubereitete Mittel läſst sich selbst mehrere Tage gut aufbewahren — während andere kaum stundenlang wirksam bleiben —, wirkt aber schwächer.

In der letzten Zeit habe ich, dem Rate Ehrlichs folgend, intravenöse Injektionen gemacht. Zu diesem Zwecke wird die Dosis des Präparates (0,3—0,4—0,5) in destilliertem, sterilem Wasser gelöst und dazu 2,8 bis 3,0 ccm Normalnatronlauge auf 0,4 des Präparates zugesetzt. Wenn nach dem Schütteln des Gefäſses die Lösung noch nicht durchsichtig bleibt, so werden vorsichtig noch einige Tropfen Normalnatronlauge oder bis zu Körpertemperatur gewärmter physiologischer Kochsalzlösung in der Menge von 150,0—200,0—250,0 ccm zugesetzt.

Diese Flüssigkeit wurde langsam innerhalb sechs bis zehn Minuten mittels des Apparates von Bobrow in die Armvene injiziert. Der dazu geeignete Apparat wird von Kassel in Frankfurt hergestellt.

Die intravenösen Injektionen sind wegen der strengen Aseptik etwas umständlich, aber schmerzlos und wirken am schnellsten und sichersten. Am besten ist es, diese Methode mit intramuskulären Injektionen zu vereinigen, indem nach 28 bis 48 Stunden nach intravenöser Einspritzung

von 0,3—0,04 noch 0,4—0,5 des Mittels intramuskulär injiziert werden. Auf diese Weise werden zu grofse Dosen vermieden und das Präparat allmählich verabreicht.

Die Normaldosis ist jetzt höher als vorher. Zwar verwende ich bei Erkrankungen des Herzens und Nervensystems 0,25—0,35—0,45, doch in anderen Fällen bei Weibern gewöhnlich 0,5—0,6, bei Männern 0,6,—0,7—0,8—1,0, je nach dem Allgemeinzustand, dem Bau und dem Charakter der Krankheit. Die höchsten Dosen gebe ich bei primärer Lues, weniger bei sekundärer, die geringsten im tertiären Stadium.

Einen schädlichen Einflufs des „606“ auf den Sehnerven habe ich bis jetzt nicht beobachtet. Umgekehrt ist seine Wirkung bei syphilitischen Augenerkrankungen, zumal Iritis gummosa, sehr prompt. Auch schädliche Wirkung auf Verdauungs- und Harnorgane habe ich nicht beobachtet.

Selbst bei Nephritis verschwand das Albumen aus dem Urin einige Tage nach der Einspritzung von „606“. Die Temperatur stieg im Laufe einiger Stunden oder eines, seltener zweier Tage um mehrere Zehntel bis einen Grad, selten höher.

Bei früher Fiebernden fiel die Temperatur häufig zur Norm. Entsprechend der Temperatursteigerung wurde auch der Puls gewöhnlich etwas frequenter, erreichte 80—90—100, selten höhere, der Temperatursteigerung nicht entsprechende Zahlen. In mehreren Fällen fiel der vor der Injektion sehr oft 140—150 betragende Puls am zweiten bis dritten Tage nach Injektion von „606“ auf 120—110—100 herunter. In einem Falle fiel die bis dahin normale Temperatur um mehrere Zehntel herunter, der Puls von 80 auf 60. Zuweilen wurde Mattigkeit in mäfsigem Grade beobachtet.

Alle diese Nebenerscheinungen, welche unwesentlich sind, erwähne ich nur wegen der unbegründeten Befürchtung vor dem neuen Mittel. Als einzige Gegenindikation erachte ich nur schwere Erkrankungen des Nervensystems, des Herzens und der Gefäfse.

Tatsächlich ist das sachgemäfs und vorsichtig verwendete Präparat Hata „606“ für den menschlichen Organismus ungefährlich. Aus den Berichten Ehrlichs auf dem Kongrefs in Königsberg erfahren wir, dafs auf 12000 mit dem Mittel behandelte Kranke nur ein Todesfall vorgekommen ist, und zwar war an demselben der Arzt durch unzweckmäfsige Verabreichung schuldig. Die übrigen zwölf Todesfälle nach Verwendung von Hata betrafen Personen mit aufserordentlich schweren Erkrankungen des Nervensystems, wo höchstens von einer Beschleunigung des Todes die Rede sein konnte.

Ich bin in zwei Fällen von Paralysis progressiva nur dadurch dem Vorwurf einer Beschleunigung des Todes infolge Injektion von „606“ entwichen, dafs ich die Injektion geradewegs ablehnte. Der eine Kranke starb drei Tage, der andere neun Tage darauf. In einem Falle sehr

schwerer Myelitis, wo auf Grund klinischer Beobachtung ein rasches Ende vorausgesehen wurde, erfolgte der Tod trotz zweimaliger Injektion.

Im Laufe der letzten Monate habe ich mittels „606" 354 neue Kranke behandelt, davon 16 im primären, 170 im sekundären (davon 23 Fälle Lues maligna praecox und 3 Lues hereditaria), 85 im tertiären Stadium, 44 mit Syphilis des Nervensystems, 15 mit Tabes dorsalis und 24 mit Paralysis progressiva. Zusammen mit den früher behandelten bekommen wir also die Zahl von 437 Kranken in über sechs Monaten, wovon 19 Fälle von Lues primaria, 196 von Sekundärlues (31 Lues maligna praecox, 3 Lues hereditaria), 102 im tertiären Stadium, 65 Fälle von Syphilis des Nervensystems, 31 von Paralysis progressiva und 24 von Tabes dorsalis.

Aufserdem habe ich, wie aus der vorigen Arbeit ersichtlich, mittels „606" einen an disseminierter Sklerose leidenden Syphilitiker behandelt.

Die Wirkung des Dioxydiamidoarsenobenzols will ich nach zwei Richtungen hin erörtern: 1. in bezug auf die Krankheitssymptome, 2. in bezug auf die Entfernung der Spirochäten aus dem Organismus, d. h. die Radikalheilung der Krankheit.

Im allgemeinen kann man bestimmt behaupten, dafs alle Syphilissymptome, mit Ausnahme vielleicht der nervösen, von dem EHRLICHschen Mittel rasch und günstig beeinflufst werden. Zwar kommen zuweilen — besonders bei zu kleinen Dosen — hartnäckige Symptome vor, doch schwinden auch sie nach gröfseren Dosen.

Die Widerstandsfähigkeit dem „606" gegenüber hängt vielleicht nur ausnahmsweise von der Resistenz gewisser Spirochätenarten dem Arsen gegenüber ab. Zumeist beruht sie auf erschwerter Resorption des Mittels, besonders, wenn es zu Infiltraten kommt.

Der Zeitpunkt des Verschwindens der Haut-, Schleimhaut- und Knochensymptome ist schon in meiner früheren Arbeit angegeben worden und hängt hauptsächlich von der Anwendungsweise des „606" ab. Ich kann jetzt nur noch beifügen, dafs dieser Zeitpunkt in bezug auf einige Symptome kürzer gezogen werden kann, um so mehr, als lokale Applikation des „606" in Pulverform auf hyperplastische Papeln oder in Salbenform auf Primäraffekte die Heilungsdauer bekanntlich abkürzt.

Besonders rasch werden durch das Dioxydiamidoarsenobenzol folgende spezifische Symptome beeinflufst: die sog. Plaques im Munde, Knochenaffektionen, Sarcocele und überhaupt schwere Symptome von Lues maligna praecox und Lues tertiaria. Am langsamsten, obzwar relativ ebenso rasch, werden geschwollene und harte Drüsen nach geheilten Primäraffekten resorbiert.

Auf über 300 Fälle von Hautsyphilis hat nur in sieben Fällen eine Injektion zur vollständigen Beseitigung der Symptome nicht genügt, und zwar waren es Kranke, welche früher sorgfältig, aber erfolglos mit den alten Mitteln behandelt wurden.

In einem Falle von Lues maligna praecox wurde einem Kranken, welcher bereits 0,6 des Mittels bekam, wegen langsamen Verschwindens alter und Auftretens frischer Effloreszenzen nachträglich 0,5 Hata injiziert und Jod verordnet.

In einem anderen Falle von Lues maligna praecox heilten Geschwüre des Rachens und der Haut nach Einspritzung von 0,4 sehr rasch, aber der Prozefs ging nicht zu Ende, die Geschwüre öffneten sich wieder nach einigen Wochen; erst nach abermaliger Injektion nach zwei Monaten heilten dieselben fast vollständig im Laufe von zwei Wochen. Im dritten Falle wurden die Periostitiden nach der ersten Dosis wenig gebessert. In zwei Fällen von gemischter Infektion der Schädelknochen besserte sich zwar nach der Injektion der Prozefs, doch schritt die Nekrose und die Eiterung weiter, was zu energischer chirurgischer Intervention führte. Über die übrigen zwei Fälle habe ich in meiner vorhergehenden Arbeit berichtet. Zwar bleiben zuweilen gewisse Erscheinungen zurück, wie z. B. Stimmstörungen infolge Narben nach Geschwüren der Stimmbänder, oder eitererregende Knochensequester, doch sind es schon sekundäre, von der Syphilis unabhängige Prozesse, welche entweder durch die Zeit oder das Messer geheilt und durch Injektionen unbeeinflufst werden.

Gegenwärtig möchte ich entschieden behaupten, dafs „606" auf die Syphilissymptome viel rascher und sicherer als Jod und Quecksilber wirkt und dafs in dieser Beziehung die erwähnten Mittel höchstwahrscheinlich in die Reihe der Hilfsmittel gelangen werden, und zwar in Fällen, welche durch das „606" wenig beeinflufst werden; ihre alte Stellung werden sie vielleicht noch in den seltenen Fällen behaupten, wo die Anwendung von „606" kontraindiziert ist.

Etwas anders steht es mit den Krankheiten des Nervensystems. Wir haben hier gewöhnlich nicht mit direkt syphilitischen, sondern mit sekundären Erscheinungen zu tun, z. B. mit einer Degeneration gewisser Zentren oder Bahnen, mit Narben an ihrer Stelle, Blutergüssen usw. Somit darf man von dem Hata die Besserung nur jener Symptome erwarten, welche von Infiltraten in den Gefäfswänden und der Nervensubstanz abhängig sind.

Auch ich habe eine mehr oder minder ausgesprochene Besserung erzielt. Selbst in alten Lähmungen, wo Jod und Quecksilber wirkungslos waren, fingen die Kranken an, sicherer zu gehen, und erlangten eine bessere Funktionsfähigkeit der oberen Extremitäten.

Die taktile Empfindung, die Wärme- und Schmerzempfindungen kehrten zurück, es verschwanden die Gefühlsstörungen, wie z. B. Ameisenlaufen und Frieren. Die Kontinenz des Urins kehrte zurück.

Die Symptome des Leidens gingen hier viel langsamer zurück als die Hauterscheinungen. In einigen Fällen war der Enderfolg ein solcher, dafs die bis dahin invaliden Patienten erwerbsfähig wurden. In anderen Fällen

erfolgte keine Besserung, was sich durch die Unmöglichkeit, auf die Gewebe einzuwirken, erklärt. So fand man bei einem Kranken mit enormem Decubitus ad nates bei der mikroskopischen Untersuchung typische Infiltrate in den Gefäßsen des Rückenmarkes. Bei diesem Kranken konnte das zu beiden Seiten des Decubitus eingespritzte Mittel entweder nicht resorbiert werden oder wirkte nicht auf das Nervengewebe.

Noch geringer waren die Erfolge bei Tabes dorsalis und besonders bei Paralysis progressiva.

Bei drei Tabikern ist das Nachlassen lästiger gastrischer Krisen bemerkenswert, bei zwei von ihnen besserte sich der Gang, bei einigen verschwanden Parästhesien, Inkontinenz usw.

Auch bei drei Paralytikern trat Besserung auf. Einer von ihnen, ein Postbeamter aus der Provinz, welcher während der Injektion mir Millionen und hohe Ämter versprach, konnte dann auf seinen verantwortungsvollen Posten zurückkehren.

Ob diese Besserungen der parasyphilitischen Leiden von Dauer sind, wird erst die Zukunft zeigen.

In vier Fällen von Paralysis progressiva (wovon zwei im Anfangsstadium) konnte ich feststellen, daſs durch die Injektion von „606" die Krankheit nicht aufgehalten, aber auch sicher nicht im entgegengesetzten Sinne beeinfluſst wurde. In einem der Fälle erfolgte bald nach der Injektion eine Exacerbation. Jedenfalls sind meines Erachtens vorsichtige Versuche mit „606" bei Paralysis berechtigt, um so mehr, als Besserung und Verschlimmerung Sache des Zufalls sein können.

Was die Sterilisation des Organismus durch „606" betrifft, so ist zwar die Sache jetzt etwas klarer, aber noch nicht ganz entschieden.

Wir wissen schon bestimmt, daſs das „606" ein spezifisches Mittel ist. Vor allem tötet es die Spirochäten, welche bei genügender Dosis nach 24—48 Stunden getötet werden. Wenn dieselben länger am Leben bleiben, so beweist das, daſs entweder die Dosis zu klein, oder die Resorption unvollständig war, oder aber daſs wir es mit gegen Arsen widerstandsfähigen Spirochäten zu tun haben. Wahrscheinlich spricht auch für die Spezifizität des Mittels das Auftreten spezifischer Antikörper. Es ist vielfach beobachtet worden, daſs bei Säuglingen, deren Ammen „606" injiziert wurde, die syphilitischen Erscheinungen rasch verschwinden, obwohl in der Milch Arsen gar nicht oder in Spuren nachgewiesen werden konnte. Eine Bestätigung dieser Vermutungen finden wir in den Versuchen von MARINESCO, PLAUT, SCHOLZ und MICHAELIS mit dem Serum von Kranken, welche mit „606" behandelt wurden. Dasselbe besitzt heilende Wirkung, besonders auf Neugeborene, obwohl nicht in dem Grade wie das Präparat von EHRLICH.

Ein Rezidiv bei mit „606" Behandelten habe ich nur in zwei Fällen

beobachtet, und zwar beide in sekundärem Stadium: in einem erschien Roseola nach zwei Monaten post injectionem 0,4 HATA, im anderen heftige Kopfschmerzen in vier Monaten post injetionem 0,4 + 0,5 HATA. Selbst bei jenen, welche im primären Stadium behandelt wurden, habe ich bis jetzt keine sekundäre Eruption gesehen.

Von drei Neugeborenen, deren Müttern „606“ injiziert wurde, verschwand bei zweien sehr rasch die syphilitische Coryza, bei dem dritten blasste nur das papulöse Exanthem ab, so daſs ich die Injektion von „606“ wiederholen muſste.

Ein wichtiger Beweis der Spezifizität von „606“ ist der Einfluſs desselben auf die Reaktion von WASSERMANN.

Bekanntlich spricht der positive WASSERMANN fast sicher für die Gegenwart von Spirochäten im Organismus, eigentlich für die der Antikörper, während die negative Reaktion für deren Mangel spricht. Anders nach Injektion von „606“. In diesen Fällen geht nach ein bis drei Injektionen die positive WASSERMANN-Reaktion in negative über, und zwar in 90%. Zwar geschieht dies öfters nach drei bis fünf Wochen, doch bleibt die Reaktion dann stets negativ, wie aus den bisherigen Beobachtungen hervorgeht.

Somit ist die WASSERMANN-Reaktion zum unbedingten Kontrollmittel bei der Anwendung von „606“ geworden, und ich verwende sie in fast allen meinen Fällen.

Ich halte Kranke mit positiver Reaktion für ungeheilt und mache ihnen eine zweite Injektion, welche selbst in gröſseren Dosen besser vertragen wird als die erste.

Während ich bei Kranken mit langsamem Verlaufe die Wiederholung der Injektion schon nach zwei Wochen für nötig halte, ist dies bei Kranken mit positiver WASSERMANN-Reaktion erst nach vier bis sechs Wochen notwendig. Eile ist hier ungerechtfertigt. Ich selbst lege auf die WASSERMANN-Reaktion ein spezielles Gewicht, als auf das einzige Kriterium der Sterilisation des Organismus. Selbstverständlich kann bei Mangel von Rezidiven im Laufe einiger Monate und bei ständiger negetiver WASSERMANN-Reaktion noch nicht mit Sicherheit behauptet werden, daſs die Spirochäten aus dem Organismus vollständig verschwunden sind: dann ist eine jahrelange Beobachtung am Platze.

Da wir kein absolut sicheres Kriterium einer vollkommenen Sterilisation des Organismus besitzen, da ferner zuweilen die Spirochäten der Wirkung des „606“ trotzen, so kann man der Sicherheit wegen, besonders bei positiver WASSERMANN-Reaktion, zwischen den Injektionen von „606“ Jod und Hg anwenden. Diese Modifikation beeinträchtigt nicht die Wirkung des „606“, vermag aber andererseits hier und da eine vollständige Heilung herbeizuführen.

Ich komme damit zu folgenden Schlüssen:

1. wirkt das „606“ fast immer viel rascher als die bishergen Antisyphilitica Jod und Hg;

2. ist es ein spezifisches Mittel, das die Spirochäten tötet und im Organismus syphilitische Antikörper hervorruft;

3. kommen die Rezidive nach „606“ viel seltener als nach anderen Mitteln vor;

4. soll man zwecks Beseitigung der Symptome und Sterilisation des Organismus gröſsere Dosen anwenden, als vorgeschlagen wurde, ja, man soll sie erneut wiederholen;

5. in hartnäckigeren, aber auch in gewöhnlichen Fällen kann man zwischen den Injektionen die bisherigen spezifischen Mittel Jod und Hg anwenden;

6. eine vollständige Heilung der Lues kann in der Mehrzahl der Fälle nach Injektion von „606“ erfolgen, doch müssen die Resultate im Laufe vieler Jahre genau kontrolliert werden;

7. die Erfolge sind durch die WASSERMANNsche Reaktion zu kontrollieren.

Fassen wir die Wirkung des „606“ auf die Lues wie auf andere Infektionskrankheiten, wie Typhus recurrens, Malaria, Lepra usw., ins Auge, so müssen wir zugeben, daſs EHRLICH die Heilkunde in neue Bahnen lenkt. Eigentlich sind es die alten Wege der chemischen Laboratorien, welche die Medizin in letzter Zeit dank der blendenden Errungenschaften der Sero- und Physikotherapie verlassen hat. Zwar kann diese neue Richtung nicht ohne Widerstand durchdringen — man hat in den letzten Monaten das Serum von QUÉRY dem EHRLICHschen Mittel entgegengestellt —, doch kann dieser edle Wettstreit der weiteren Entwicklung der Wissenschaft nur förderlich sein.

Aus Dr. Dreuws Poliklinik für Haut- und Harnleiden, Berlin.

Zementpaste.

Von

Dr. Dreuw-Berlin.

Unna hat über die Austrocknungsfähigkeit der verschiedenen Pastenrezepte eine Reihe von Untersuchungen angestellt und gefunden, daſs besonders ein Zusatz von Terra-silicea den Pasten eine groſse Austrocknungsfähigkeit verleiht. Dementsprechend hat Unna als Formel für seine Zinkpaste angegeben:

℞	*Zink oxyd.*	10,0
	Terrae silic.	2,0
	Adip. benzoat	28,0
	M. f. past. D. S.	

Diese Paste hat zweifellos vor der Lassarschen Paste

℞	*Zink oxyd.*	
	Amyl.	aa 25,0
	Vaseline	
	Lanolin	aa 25,0
	M. f. past. D. S.	

den Vorzug einer gröſseren kapillaren Attraktionskraft und Austrocknungsfähigkeit, Eigenschaften, die aus der Porosität der mikroskopisch feinen Panzer der Terra-silicea resultieren.

Wenn ich im folgenden auf eine Pastenkombination hinweise, die aus bisher allgemein gebräuchlichen dermato-therapeutischen Mitteln zusammengesetzt ist, so geschieht es deswegen, weil sie Wirkungen entfaltet, die weder der Unnaschen noch der Lassarschen Kombination allein zukommen. Die von mir gewählte Pastenform ist so konsistent, daſs die Paste 24 Stunden nach dem Auftragen eine die Haut panzerartig umgebende Schicht bildet, die im groſsen und ganzen der Haut anhaftet, im übrigen die Farbe von Zement hat und wegen der starken Haftfähigkeit an der Haut und wegen ihrer aufsaugenden und austrocknenden und daneben reduzierend und antiseptisch wirkenden Eigenschaften ähnliche Wirkungen entfaltet wie der Ichthyol-Zinkleim, wenn auch in schwächerem Maſse. Es findet eben eine leichte Druckwirkung nach der Antrocknung der Paste auf die Haut statt.

Die Zusammensetzung ist folgende:

℞ *Sulfur. depurat.* 10,0
Ichthyol 5—10,0
Pasta Lassar ad 100,0
M. D. S.

Die Wirkungeu dieser Zementpaste sind nun folgende:

1. Die Paste hat sozusagen Über-Pastenkonsistenz und daher stark austrocknende Eigenschaften.
2. 24 Stunden oder auch kürzere Zeit nach dem Auftragen unterscheidet sich die Wirkung dieser Kombination von der Unnaschen und Lassarschen insofern, als die Paste zu einer grauen, festen, porösen Schicht mit zementartigem Charakter antrocknet und einen grauen Belag über der Haut bildet. Dieser Belag liegt der Haut fest an und ist häufig, namentlich am Unterschenkel, nur durch längeres Abweichen oder durch Benzin zu entfernen.
3. Infolge der Zusammensetzung der Paste kommen zur Geltung:
   a) chemische Ichthyol-,
   Schwefel-,
   Salbenwirkung;
   b) mechaniche Schutzwirkung,
   Druckwirkung,
   Aufsaugungsfähigkeit

Als Indikationen kommen alle nässenden, namentlich nässende ekzematöse Dermatosen, Ekzema cruris und Ulcus cruris, nässende Gewerbeekzeme, Pemphigus usw. in Betracht. Ich verzichte darauf, eine Reihe von Krankengeschichten zu bringen, da der Verlauf bei allen Affektionen entsprechend den geschilderten Eigenschaften und Wirkungen im grofsen und ganzen derselbe ist. Die Sekretion hört bald auf, die Entzündung schwindet, die Schmerzen lassen bald nach und namentlich bei einer Reihe von schwer beeinflufsbaren Erkrankungen, so besonders in zwei Fällen von Pemphigus hat die Zementpaste in rascher und hervorragender Weise die Symptome zum Schwinden gebracht.

Man kann natürlich dieser Kombination auch noch stärker reduzierende Mittel zusetzen, z. B. Teer 2—10%, Pyrogallol 2—10%, Anthrasol 5—10% usw., so dafs man neben den austrockenen und den schon an und für sich vorhandenen leicht reduzierenden Eigenschaften noch die spezifischen Wirkungen der stärker reduzierenden Mittel hinzufügen kann.

Versammlungen.

Russische syphilidologische und dermatologische Gesellschaft Tarnowsky zu St. Petersburg.

Sitzung vom 30. Oktober (12. November) 1910.

(Originalbericht von Leo Ehrlich-St. Petersburg.)

Vorsitzender Prof. T. P. Pawloff teilt den Tod des Mitgliedes der Gesellschaft Dr. Michailowsky mit und fordert die Anwesenden auf, das Andenken des Verstorbenen durch Erheben von den Sitzen zu ehren (es geschah).

1. Iwanoff zeigt vier Kranke mit **Biskrabeule.** Die Kranken werden der Behandlung mit Arsenobenzol unterzogen und demnächst wieder demonstriert.

2. Schafir im Auftrage von Prof. Kulnew zeigt einige Patientinnen mit verschiedenen Formen der Syphilis, bei denen mit dem Ehrlichschen Präparat 606 sehr gute Resultate erzielt worden sind; gleichzeitig demonstriert er drei Patientinnen, bei denen die Arsenobenzoltherapie mifslungen ist; es handelt sich namentlich um einen Fall von Gumma, wo dreimal wiederholte Einspritzungen von 606 erfolglos blieben, und um zwei andere Fälle sekundärer Syphilis, wo die Patientinnen relativ kurz nach der Einspritzung schwere Rezidive bekamen.

3. Kogan demonstriert einen Kranken mit sehr ausgesprochenem **grofspapulösen Syphilid.**

4. Petersen zeigt einen Fall von **Syphilis maligna,** der sehr günstig mit dem Ehrlichschen 606 behandelt worden ist. Es handelt sich um einen Patienten, der nach Petersburg aus dem Tschernigoff Gouvernement in einem verzweifelten Zustande angekommen ist. Der Kranke war sehr schwach, konnte nicht schlucken und lag zu Bette mit einer Temperatur von 39,4 Grad. Als ihn P. zum ersten Male sah, war der Zustand des Patienten ein derartig schlimmer, dafs es zu bezweifeln war, ob der Patient davonkommen würde. Schon am zweiten Tage nach der Einspritzung des 606 besserte sich der Zustand des Kranken in bedeutender Weise; einige Tage darauf fing der Kranke an sich sehr prompt zu erholen und nahm im Laufe von $3^1/_2$ Wochen 21 Pfund zu.

Pawloff hält einen Vortrag: **„Über die Resultate der Behandlung mit dem Ehrlichschen Präparat 606.** Der Vortragende hat das Präparat bei 40 Kranken versucht; in 26 Fällen wurde das Mittel nach Wechselmann und in 14 Fällen nach Blaschko einverleibt. Bei der ersten Methode bekamen die Patienten 0,4 subcutan in die Rückenhaut und gleichzeitig 0,2 intramuskulär in die Glutaealgegend. Die Injektionen von 606 wurden in allen Stadien der Syphilis verwendet, und zwar:

bei Ulcus durum	2 mal	bei Syphil. papul. corn.	2 mal
„ Roseola	8 „	„ Syphil. gummosa	12 „
„ Syphil. papul.	4 „	„ Laryngitis syphil.	1 „
„ Ros. + syphil. pap.	2 „	„ Cephalalgia syphil.	1 „
„ Syphil. papul.-pust.	4 „	„ Tabes	4 „

Im ganzen genommen waren die Schmerzen nicht sehr heftig und nur in einem einzigen Falle war eine Morphiuminjektion nötig, dagegen waren die Infiltrate an den Injektionsstellen ziemlich ausgebildet und sind Spuren davon bis jetzt noch zu sehen (die erste Injektion wurde am 27. August 1910 vorgenommen). Der allgemeine Zustand der Kranken war im grofsen und ganzen befriedigend und waren keine Ver-

änderungen seitens der inneren Organe zu beobachten. Was die Wirkung des Arsenobenzols anbetrifft, so hat sich das Mittel in 34 Fällen von 40 als absolut spezifisch erwiesen; am schnellsten und am sichersten wirkte 606 ganz spezifisch in den pustulösen Formen, langsamer und augenscheinlich schwächer in den papulösen Formen und verhältnismäfsig schwach bei Roseola. Die Ulcerationen bei Primäraffekten vergingen schnell, jedoch die Infiltrate selbst absorbierten sich langsam; die Skleradenitis veränderte sich manchmal sehr rasch, öfters schon am zweiten oder dritten Tage wurde die Drüsenverkleinerung auffallend bemerkbar. Einen ganz eklatanten Erfolg erzielte P. bei einem Falle von Varicella syphilitica, wo das Eintrocknen der Pusteln und das Abfallen der Borken schon am zweiten Tage nach der Injektion erfolgte; dasselbe beobachtete P. bei einer Laryngitis und einer Periostitis specifica, die längere Zeit gegen gewöhnliche Behandlung refraktär blieb; sogar bei einem Falle von multipler Periostitis brachte eine einzige 606-Einspritzung bei einem Patienten, der zirka fünf Jahre mit kurzen Pausen in der Klinik verblieb, wobei die alte spezifische Behandlung fortwährend erfolglos war, — eine Besserung vor. Was nun die Wirkung des Arsenobenzols auf die Wassermannsche Reaktion anbetrifft, so kann der Vortragende auf Grund seiner Beobachtungen sich noch nicht darüber äufsern, — umsoweniger, als 606 einerseits in mehreren relativ leichten Fällen eine schwache Wirkung entfaltete, und andererseits fiel die Wassermannsche Reaktion bei einem Falle, wo der Prozefs prompt und zweifellos auf das Mittel reagierte, — stark positiv aus. Um eine Sterilisatio magna im Sinne Ehrlichs handelt es sich bei der Behandlung der Syphilis mit 606 nicht; es ist schon jetzt ganz klar, dafs das Ehrlichsche Mittel bei der subcutanen und intramuskulären Einverleibung nicht vollständig absorbiert wird, da an den Injektionsstellen man noch lange die Reste des angewendeten Mittels zu sehen bekommt; so gelang es P. in einem Falle, wo nach einer Einspritzung des 606 sich eine Nekrose gebildet hatte, ein sehr bedeutendes Quantum von As zu finden.

Zum Schlusse will sich der Vortragende über den Einflufs der neueren Behandlungsmethode auf den Verlauf der Syphilis wegen der Kürze der Beobachtungszeit nicht endgültig aussprechen.

Über seine Versuche intravenöser Injektionen wird sich der Vortragende in einer der nächsten Versammlungen aussprechen.

Petersen hält einen Vortrag: **„Die Resultate der Behandlung mit dem Ehrlichschen Präparate 606 in dem klinischen Institute von der Grofsfürstin Helene Pawlowna.“** Petersen hat mit dem Ehrlichschen Mittel im ganzen 50 Fälle behandelt, darunter 28 Fälle von Lues recens und 22 Fälle der Spätsyphilis. Die Einspritzungen wurden teils nach Wechselmann, teils nach Blaschko gemacht; die Infiltrationen auf den Injektionsstellen bestanden lange Zeit; in der letzten Zeit übt P. unmittelbar nach der Einspritzung eine sehr energische Massage, wovon die Infiltrate kleiner zu werden scheinen. Es wäre vielleicht nicht übel, nach Pick das nötige Quantum des Präparates auf drei Dosen zu verteilen und dann diese kleineren Dosen auf einmal in verschiedene Körperteile gleichzeitig einzuspritzen. Auf Grund seiner eigenen Beobachtungen hält Petersen die Resultate der Behandlung mit Arsenobenzol für sehr befriedigende, hauptsächlich in den späteren und schweren Formen der syphilitischen Haut- und Schleimhautaffektionen. Wenn auch in manchen Fällen, wie z. B. bei Neuritis optica, auch ungünstige Resultate vorkamen, so waren dieselben nicht unerwartet, da meistenteils in derartigen Fällen die Injektionen nur auf die dringende Bitte der Patienten vorgenommen worden sind. Der Intensität der Wirkung nach stehen die verschiedenen Methoden der Einverleibung des Mittels in folgender Reihe: intravenöse, intramuskuläre, subcutane und kombinierte Einspritzungen. Da wir schon bis jetzt über mehr als 40000 Beobachtungen besitzen, so teilt Petersen

Ehrlichs Ansicht, dafs wir die erste Prüfungsperiode des Mittels bereits hinter uns haben und dafs die Spezifität des Arsenobenzols als vollständig bewiesen betrachtet werden kann.

Friedmann (20 Fälle), Jawein (12 Fälle), Solowieff (74 Fälle) und Kulnew (81 Fälle) berichten kurz über ihre Erfahrungen bei der Behandlung der Syphilis mit dem Ehrlichschen 606.

Krawkoff (a. G.) bemerkt, dafs das Arsenobenzol von dem pharmakologischen Standpunkte aus noch vollständig unbearbeitet ist. Die Ehrlich-Hataschen Experimente mit dem Arsenobenzol beschäftigen sich hauptsächlich mit dem Blute der in Betracht kommenden Tiere und beziehen sich nicht auf das allgemeine Befinden des Organismus. Was nun die spezifische Wirkung des 606 auf Syphilisspirochäten anbetrifft, so entsteht eine grofse Frage, wie man sich diese spezifische Wirkung überhaupt erklären soll. Noch keins von den uns bis jetzt bekannten Arsenpräparaten wurde in solchen grofsen Dosen im menschlichen Organismus eingeführt, wie das Arsenobenzol. Hier wäre eher am Platze, nicht die parasitotrope Wirkung des Mittels in Betracht zu nehmen, sondern die aufserordentlich starke Wirkung des Präparats auf das Gewebe, welches durch die Einverleibung der grofsen Arsendosen sehr resistenzfähig allen Giften gegenüber, also auch dem Spirochätengifte wird. Die Sterilisatio magna im Sinne Ehrlichs ist hier selbstverständlich ausgeschlossen, auch bei intravenösen Einspritzungen. Wenn wir nur an die leichte Zerlegbarkeit in der Luft des 606 denken, so müssen wir ja annehmen, dafs in die verschiedenen, sehr entfernten Körperteile nicht das Arsenobenzol, sondern ein ziemlich verändertes Arsenpräparat gelangt.

Diskussion: Iwanoff erwidert auf Krawkoffs Bemerkung, dafs man die parasitotrope Wirkung des 606 doch nicht entschieden verneinen kann; es ist also die Möglichkeit der Sterilisatio magna nicht ausgeschlossen. In denjenigen Fällen, wo es nicht gelang dieselbe zu erzielen, war möglicherweise die Dosis nicht genügend, umsomehr als bei den subcutanen und intramuskulären Einspritzungen nicht das ganze Quantum des eingespritzten Präparats zur Absorption gelangt. Will man also die Sterilisatio magna erzielen, so ist es jedenfalls durchaus notwendig, intravenöse Einspritzungen anzuwenden.

Fachzeitschriften.

Dermatologische Zeitschrift.

1910. Heft 12.

1. **Zur Behandlung der Syphilis mit dem Ehrlichschen Präparat 606,** von E. Lesser-Berlin. Einleitender Vortrag zur Diskussion in der Sitzung der Berliner dermatologischen Gesellschaft am 8. November 1910. L. betont, dafs auch jetzt noch eine Anzahl von Fragen bezüglich des Präparates 606 ungeklärt sind. Am sichersten festgestellt ist der augenblickliche Heilerfolg: die bestehenden Krankheitserscheinungen aus allen Phasen der Syphilis geben rasch und gewöhnlich vollständig zurück, besonders auch die tertiären Symptome und die Erscheinungen der malignen Syphilis, die mit unseren bisherigen Mitteln oft überhaupt nicht geheilt werden konnten; bei kongenitaler Lues kann die Behandlung mit 606 direkt lebensrettend wirken.

Über die Dauer des Heilerfolges kann zurzeit noch nichts Bestimmtes gesagt werden. Eine Therapia magna sterilisans ist die Behandlung mit 606 jedenfalls nicht;

denn es sind in verhältnismäfsig kurzer Zeit schon recht zahlreiche Rezidive beobachtet worden, vielleicht aber läfst sich in einzelnen Fällen durch die Injektion doch eine vollständige Koupierung der Syphilis erzielen.

Auch der Einflufs der Injektionen auf die Wassermannsche Reaktion ist noch nicht geklärt: fest steht nur, dafs eine Beeinflussung der Serumreaktion fast stets auffallend langsam erfolgt.

Die wenigen Todesfälle, die nach Injektion von 606 beobachtet worden sind, betrafen ausnahmslos Patienten mit vorgeschrittener Tabes, schwerer Gehirnaffektionen usw. Schädigung der Sehnerven oder der Nieren ist niemals vorgekommen. L. selbst sah zweimal zehn Tage nach der Einspritzung eine heftige akute Angina mit weifsgelben Belägen und Fieber bis 40,5 und wenige Tage später ein skarlatiniformes, nicht sehr starkes, aber weit ausgebreitetes Erythem auftreten; ganz analoge Fälle sind auch von anderen Autoren beschrieben worden, sie verliefen alle rasch und günstig. Im übrigen sind die allgemeinen und die lokalen Nebenwirkungen in der letzten Zeit entschieden geringer geworden, die lokalen sind je nach der angewandten Injektionsmethode verschieden. Arsennekrose und Durchbruch hat L. nur in Fällen gesehen, die nach der Methode von Wechselmann und Michaelis behandelt worden sind, niemals aber nach Anwendung des Altschen Verfahrens, das L. in jeder Beziehung das beste zu sein scheint. Die Paraffinemulsion nach Kromayer, deren Injektion übrigens nicht schmerzlos ist, wirkt nach den Erfahrungen Ls. langsamer, schwächer und weniger nachhaltig, so dafs es relativ bald zu Rezidiven kommt. Bei Anwendung der sauren Lösung sind die lokalen Reaktionserscheinungen meist sehr intensiv. Intravenöse Injektionen hat L. bis jetzt nicht gemacht. Als Normaldosis spritzt er 0,5 bis 0,6 g ein.

Sein Urteil über das neue Mittel fafst L. dahin zusammen, dafs die Behandlung mit 606 als eine Kur, freilich als eine sehr wirksame, in vielen Fällen wesentlich wirksamere als die bisher bekannten und in manchen Fällen der bisherigen, hier versagenden Behandlung unendlich überlegene Kur anzusehen ist, die aber doch nur als einzelnes Glied in einer Reihe von Kuren zu gelten hat, entsprechend der Auffassung, dafs die Fourniersche chronisch-intermittierende Behandlung der sicherste Weg zur Heilung der Syphilis ist.

2. **Ekzema seborrhoicum,** von Jesionek-Giefsen. J. fafst das seborrhoische Ekzem, dessen Symptome und Erscheinungsformen er kurz beschreibt, im Sinne Unnas als ein in sich abgeschlossenes, selbständiges Krankheitsbild auf, das aber mit der Seborrhoe im Sinne einer Talgdrüsenaffektion prinzipiell nichts zu tun hat, als parasitäres Ekzem in die Reihe der ekzematösen Erkrankungen zu stellen und am prägnantesten als Unnas fettiges Ekzem zu bezeichnen ist.

Beim seborrhoischen Ekzem kommt, wie Unna hervorhebt, weniger ein eigentlich seborrhoischer Zustand, eine Beteiligung der Talgdrüsen als eine Hypersekretion von Fett durch die Knäueldrüsen, eine ölige Hyperidrosis (Steatidrosis) in Betracht; die Symptome des fettigen Katarrhs finden sich in typischer Weise auch da, wo Talgdrüsen gar nicht vorhanden sind. Die fettige Beschaffenheit der krankhaften Bildungen ist von der funktionellen Absonderung der Talg- wie der Schweifsdrüsen unabhängig, die Vergilbungen und der fettige Charakter der parakeratotischen Oberhauterkrankung ist nicht durch ein Drüsenfett bedingt, sondern durch Störungen der normalen Keratinisation, durch pathologische Vorgänge, welche die Umwandlung des Epithelzellenprotoplasmas zum normalen Hornfett betreffen. Die Hypersekretion der drüsigen Organe wird durch die Infektion selbst verursacht, sie ist entzündlicher Natur und stellt nur eine koordinierte Begleiterscheinung der übrigen durch die Infektion hervorgerufenen entzündlichen Vorgänge dar. Die fettige Alteration der Oberhaut be-

trachtet J. als Abwehrmafsnahme; als eine Anstrengung des Organismus, den Seborrhoebazillen die Entfaltung ihrer Tätigkeit zu erschweren. Fettkörper und speziell auch die normalen Hautfette bilden nämlich kein geeignetes Nährsubstrat für pathogene Mikroorganismen, und nicht die normal eingefetteten Hautpartien, sondern die Stellen, an denen das normale Hautfett durch äufsere Schädigungen, häufige Waschungen mit hartem, kalten Wasser und schlechter Seife, Reiben wollener Wäsche usw. zu Verlust gegangen ist oder durch Zersetzung des normalen Hautfettes irritierende Fettsäuren entstanden sind, erscheinen in erster Linie der Infektion mit sogenannten Seborrhoebazillen ausgesetzt. Die Prädisposition der fettigen Hautpartien für das fettige Ekzem erklärt sich daraus, dafs diese Partien am häufigsten von den genannten Schädigungen betroffen werden. Auf die Ansiedelung der Parasiten des fettigen Ekzems reagiert der Organismus mit einer Durchfettung der Oberhaut, um dadurch die Weiterentwicklung der Pilze zu verhindern. Auch ein gewöhnliches Ekzem kann die Oberhaut ihres normalen Fettgehaltes berauben und dadurch den Boden für die Erreger des fettigen Ekzems vorbereiten. Die Einbeziehung der Psoriasis in den Begriff des fettigen Ekzems lehnt J. ab.

3. **Zur Frage der Exanthemprovokation im zweiten Inkubationsstadium der Syphilis,** von Heinrich Kremer-Wien. Buschke und Harder haben schon vor längerer Zeit angegeben, dafs man durch Injektion von 0,04 g Sublimat bei syphilitisch infizierten Menschen vor Ablauf der zweiten Inkubationsperiode ein spezifisch luetisches Exanthem provozieren könne; da sie es nicht für vorteilhaft halten, mit der Quecksilberbehandlung der Lues vor Ausbruch der Allgemeinerscheinungen zu beginnen, wollen sie durch solche provokatorische Einspritzungen die Wartezeit der Patienten abkürzen. Dagegen haben die Versuche Kre., die sich auf 20 Fälle erstreckten, ergeben, dafs sich durch die Sublimatinjektionen ein luetisches Exanthem nur ganz kurze Zeit, vielleicht einige Tage vor dem spontanen Ausbruch, provozieren läfst; Sublimatinjektionen, die früher als einige Tage vor dem Spontanausbruch des Syphilids gemacht werden, bewirken eine Verzögerung und bei regelmäfsiger Fortsetzung unter Umständen Ausbleiben der Eruption. — Die exanthematischen Reaktionserscheinungen erklärt sich Kr. dadurch, dafs schon durch die erste Quecksilberinjektion die Lymphocytenbildung angeregt und die Zirkulation in den Lymphbahnen, die zu den bevorzugten Wegen des Spirochätentransports zählen, gehoben wird: dadurch wird rasch eine gröfsere Spirochätenmenge an die Peripherie befördert, und diese gröfsere Anhäufung lebender Spirochäten in der Haut bewirkt das Aufflammen des Exanthems.

4. **Zur Klinik und Ätiologie einer bisher nicht beobachteten Form von Hautgangrän,** von Hans Königstein- und Leo Hess-Wien. Bei einem fünfjährigen Knaben traten zuerst an beiden Ohrmuscheln und einige Monate später an beiden Wangen und am rechten Zeigefinger umschriebene, kleine Hautnekrosen auf. Der Junge, dessen Eltern luetische Infektion zugaben, wies Milz- und Leberschwellung, leichte Albuminurie, Hämatoporphyrinurie und positive Wassermannsche Reaktion auf. Die Verfasser nehmen an, dafs bei dem kleinen Patienten die Lues eine Schädigung der Leber verursacht hat, die ihren Ausdruck im Auftreten eines abnormen Stoffwechselproduktes, des Hämatoporphyrins fand; dieses wirkte sensibilisierend auf die dem Lichte exponierten Hautpartien ein, und so ist an einzelnen Stellen unter der Einwirkung des Lichtes Hautgangrän entstanden. Möglicherweise waren dabei auch mikroskopische Gefäfsalterationen, wie sie bei kongenitaler Lues an kleinen Gefäfsen häufig sind, von Bedeutung. *Göts-München.*

The Journal of cutaneous Diseases including Syphilis.

Oktober 1910.

Weitere Beobachtungen über die Technik einer wirksamen Methode zur Entfernung und Heilung oberflächlicher maligner Neubildungen, von SAMUEL SHERWELL-Brooklyn. Die Affektionen, bei welchen S. seine Methode anwendet, sind vor allem Oberflächenepitheliome, Lupus, Tuberculosis verrucosa cutis, Abscesse, verruköse Neubildungen. Sie besteht darin, nach allgemeiner oder lokaler Anästhesie — je nach der Ausdehnung des Hautleidens — salpetersaures Quecksilber (60%) vermittels um ein Holzstäbchen gewickelter Wattetampons zu applizieren, nachdem eventuell zuvor Granulationen oder andere Wucherungen, Knötchen oder dergl. mit dem scharfen Löffel entfernt worden sind. Diese Applikation mufs mehrmals je nach dem Falle wiederholt werden und das Mittel 5—20 Minuten in Berührung mit der Wundfläche bleiben, was der schmerzhafteste Teil der Methode ist; nach Bewufstseinseintritt (bei allgemeiner) oder Aufhören der Kokainwirkung (bei Lokalanästhesie) kann noch eine Morphiuminjektion gemacht werden. Der letzte Schritt der Operation ist Neutralisation der Säure, was geschieht, wenn die Wunde trocken oder nahezu trocken ist: eine Schicht Natrium bicarbonicum wird möglichst fest auf die Wunde geprefst; sie bewirkt anfangs gelbe, dann (nach etwa einem Tage) schwarze Färbung und bildet einen fest adhärenten Schorf, der nach zwei bis drei Wochen abgezogen werden soll. Gewöhnlich ist in den ersten zwei bis drei Tagen ziemlich hochgradige entzündliche Reaktion vorhanden, was ängstliche Patienten an Erysipel usw. denken läfst; es handelt sich aber nur um eine sehr wichtige und nur vorteilhafte, wie S. des näheren ausführt, Reaktion der Hautgewebe. Was die Nachbehandlung betrifft, so gibt S., speziell bei Carcinomen, Epitheliomen und Sarkomen, lange Zeit hindurch immer Arsenik, und zwar in Form der FOWLERschen Lösung; er ist fest davon überzeugt, dafs es wenigstens in manchen dieser Krankheitsprozesse prophylaktische und inhibitorische Wirkung habe. Anführung von zehn Krankheitsfällen, die mit (zwölf) Bildern photographischer Aufnahmen illustriert sind.

Bericht über einen Fall multipler Neurofibrome mit einer Übersicht über die 262 Fälle umfassende Literatur, von D. FRIEDLÄNDER-San Francisco. Der Fall betraf einen 25jährigen, in Kalifornien gebürtigen Mann, dessen Haut 600—700 Geschwülstchen von braunroter Farbe, Stecknadelkopf- bis Taubeneigröfse, unregelmäfsig über Beine, Rumpf und Gesicht zerstreut, zeigte; Handteller und Fufssohlen, ebenso die sichtbaren Schleimhäute sind frei. Das einzige subjektive Symptom ist Jucken. Symptomatologie und Ätiologie (kongenitales, hereditäres und Familienelement bilden drei wichtige Faktoren, ersteres in 40% der Fälle), histologische Zusammensetzung der Tumoren, Prognose und Therapie werden besprochen. Bei der Prognose ist immer an die maligne Entartung zu denken, bei der Therapie müssen alle Arten Reizung der Haut vermieden, Geschwülste, welche ihrem Sitze nach oder aus ästhetischen Gründen hinderlich sind, entfernt und gegen das zuweilen hochgradige Juckgefühl Röntgenbestrahlung angewandt werden. Mit zwei Abbildungen und Literaturübersicht.

Zwei Fälle von Mykosis fungoides, von BENJAMIN ROMAN-New York. In dem einen der Fälle handelte es sich um einen 67jährigen städtischen Beamten, bei welchem das Hautleiden etwa zehn Jahre zurückdatierte und dasselbe am behaarten Kopfe begann, heilte, dann an anderen Stellen, besonders am Rumpfe, linker Schulter und Hüftengegend von neuem auftrat, unter X-Strahlenbehandlung teilweise zurückging, wieder exacerbierte und trotz der Involution einiger Tumoren nach X-Strahlenbehandlung der Zustand immer schlechter wurde und schliefslich zum Tode führte. Die Sektion ergab aufser enormer Vergröfserung der Lymphdrüsen ausgedehnte Metastasen in den Lungen und in den Bronchien, wo sich Infiltrationen, die

aufserordentlich ähnlich jenen in der Haut waren, sowohl mit ihrer grauroten Farbe wie ihrer Neigung, im Zentrum aufzubrechen (kraterförmige Geschwüre), fanden, ferner als besonders interessanten Befund Infiltration der Magenwand, die ebenfalls grofse Ähnlichkeit mit jenen der Haut und rein oberflächlichen Charakter hatte; zu Lebzeiten des Patienten waren daher die Magenfunktionen nie ernstlich gestört und keine klinischen Erscheinungen eines Magenleidens bis kurz vor dem Tode vorhanden. Der zweite Fall betraf eine 56jährige Frau (Haushälterin), bei der vor etwa 15 Jahren die ersten Erscheinungen des Hautleidens in Form roter Flecken auftraten und mit Remissionen allmählich zu einem ausgedehnten, diffusen, besonders Brust, Bauch und Oberschenkel einnehmenden serpiginösen Ausschlag, unterbrochen von einigen oval geformten, hühnereigrofsen, gestielten, harten Tumoren von blauroter Farbe, sich umbildeten. Die Leisten- und Achseldrüsen sind palpabel, aber nicht bedeutend vergröfsert. Der Fall kam unter Behandlung mit X-Strahlen völlig zur Heilung, auffallend waren dabei nur die fieberhaften Erscheinungen (bis zu 40° C) und eine erythemaartige Eruption, für welche R. eine Art Röntgentoxämie (Intoxikation durch Röntgenstrahlen), wie sie von anderen Autoren (White und Burns, Eagle, Fricke u a.) schon beschrieben worden sind, verantwortlich macht; er hält es für nicht unwahrscheinlich, anzunehmen, dafs, wenn absorbiertes Material in grofsem Überflufs vorhanden ist, wie z. B. in Fällen mit grofsen, leicht zu beeinflussenden Geschwulstmassen und sehr häufigen Sitzungen, speziell bei besonders empfindlichen Individuen, diese wie Toxine wirkenden Substanzen eine Reaktion von beträchtlich hohem Grade hervorrufen. *Stern-München.*

Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle.

1910. Heft 5.

Die Plasmazellen, von Martinotti. (Fortsetzung aus Heft 4.) Die Plasmazellen sind ein morphologisch gut definiertes und in normalen und pathologischen Geweben aufserordentlich verbreitetes Element; sie können in der Norm die Zellen des lymphatischen Gewebes begleiten und die des Bindegewebes, speziell des Omentum, und machen fast konstant einen Teil der Zellmassen bei Entzündungen, besonders bei chronischen, aus. Sie zeigen sich in verschiedenen Typen, lymphocytär von grofser Länge und sehr verbreitet, Lymphoblasten seltener und in Form von kleinen Plasmazellen sehr selten. — Tritt eine Entzündung auf, so findet eine Einwanderung von mononukleären und polynukleären Zellen längs der Gefäfse statt und eine teilweise lokale Reaktion der jungen Bindegewebszellen, welche einen Haufen von Zellen bilden, die vollkommen identisch sind den eingewanderten. Aus dieser Masse von runden histiogenen und lymphatomyologenen Zellen entstehen die Plasmazellen. Die Entwicklung aller dieser Elemente ist folgendermafsen: 1. Durch einfache cystogenetische Vermehrung, durch Betonung der besessenen Charaktere können sich vier Reihen von Elementen entwickeln: aus endothelialen Zellen die Zellen des Reticulum, aus jungen Fibroblasten die alten Fibroblasten, aus Lymphocyten die Lymphoblasten, aus diesen die Splenocyten, viertens aus lymphocytären Plasmazellen die Splenoblasten. 2. Durch differentielle Entwicklung mit Erwerbung neuer Charaktere bilden sich aus jungen Zellen des Reticulum und des Bindegewebes Lymphocyten und typische Plasmazellen. — In analoger Weise können aus der ganzen Reihe der Mononukleären die Plasmazellen stammen: aus kleinen Lymphocyten mit irregulärem Kern die kleinen Plasmazellen, aus denen mit regulärem Kern, etwas gröfseren, die Plasmatocyten, aus Lymphoblasten die lymphoblastischen Formen und aus Splenocyten die splenoblastischen Formen. Die Funktion und Aufgabe der Plasmazellen ist eng verbunden mit der der

Lymphocyten, als deren strukturell und funktionell hypertrophisches Stadium sie zu betrachten sind.

Inokulation leprösen Materials in die vordere Kammer von Kaninchen, von STANZIALE. Die Inokulation von flüssigem Material ergab konstant ein negatives Resultat, nicht nur in der vorderen Augenkammer, sondern auch im subkonjunktivalen Gewebe gegenüber dem Limbus oder der Cornea; es wurden auch bei späteren Untersuchungen nie säurefeste Bazillen gefunden. Die Inokulation von Gewebsstücken dagegen von menschlicher Lepra führte immer zur Entwicklung von granulomatösen Neubildungen, und die Untersuchung auf Leprabazillen war immer positiv.

Zwei Beobachtungen von Lichen nitidus (PINKUS), von DALLA FAVERA. Wenn auch die histologische Untersuchung der beiden Fälle (von denen der eine in einer sehr gelungenen Photographie wiedergegeben ist) ergibt, dafs die Struktur des Infiltrats eine Analogie der des Tuberkels darstellt, so ist das noch keine Veranlassung, die Affektion als tuberkulöse zu betrachten; denn derartige histologische Bilder findet man bei Erkranknngen verschiedenster Ätiologie (Lepra, Syphilis), aufserdem war die Untersuchung von Tuberkelbazillen immer negativ, ebenso die Impfung von Meerschweinchen.

Epidermophytia inguinalis (Ekzema marginatum HEBRA), von PAPPAGALLO. 1. Die Epidermophytia inguinalis ist eine parasitäre Erkrankung und deshalb ansteckend. 2. Sie wird hervorgerufen durch eine besondere Form von Hyphomyceten, welche der Gruppe des Trichophyton benachbart sind. 3. Diese Hyphomycete sieht in der Kultur verschieden aus; Verfasser hat drei Typen beobachtet von zitronengelber, schmutzig-weifser und kastanienbrauner Farbe.

Tuberculosis cutanea pustulosa follicularis, von BOSELLINI. Die Affektion betraf das Gesicht einer 44jährigen Frau und machte den Eindruck einer Staphylokokken- oder Trichophytiefolliculitis. Es fanden sich im Eiter neben Staphylokokken auch Tuberkelbazillen, wie durch Impfung an Meerschweinchen festgestellt wurde. An der Hand der Patientin fand sich eine Affektion, ähnlich der Tuberculosis verrucosa cutis. *Haas-Hamburg.*

Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Band VIII, Nr 6.

Der erste allrussische Kongrefs zum Kampfe mit der Prostitution, von KARL NÖTZEL. Die Verhandlungen des Petersburger Kongresses drehten sich fast ausschliefslich um den Zusammenhang zwischen Prostitution und Wirtschaftsleben; die Frauenschutzvereine sollen veranlafst werden, bei der zuständigen Behörde vorstellig zu werden über die Notwendigkeit, ohne Verzug alle öffentlichen Häuser zu schliefsen. Neue Gesichtspunkte ergab der Kongrefs nicht; er brachte einen Überblick über den Stand der russischen Verhältnisse. *Schourp-Danzig.*

American Journal of Dermatology and Genito-Urinary Diseases.

November 1910.

Blennorrhoe und Sachverständigeneid, von REINHOLD LEDERMANN-Berlin.

Syphilitische Ulceration des weichen Gaumens, von CHARLES H. KNIGHT-New York.

Sexuelle Reizbarkeit bei Männern in vorgerückten Jahren, von FRANKLIN R. WRIGHT-Minneapolis. Bei alternden Männern tritt oft Fettschwund unter allge-

meiner Körpergewichtsverringerung auf. Dadurch treten zuweilen Reizungen auf, indem die Hoden den Hodensack nicht mehr ausfüllen. Durch Anlegen eines gutsitzenden Suspensoriums wird die Reizbarkeit schnell gehoben.

Pyelitis während der Schwangerschaft und im Wochenbett, von Carroll Smith-Spokane. Kasuistik.

Vergleichende Anatomie der Prostata, von C. W. G. Rohrer - Baltimore. Entwicklungsgeschichtliche Studie, aus der hervorgeht, daſs die Prostata dem Mesoderm entstammt.

Stammt die Syphilis aus den Anden Perus, oder ist sie erst durch die Seefahrer dahin gekommen? Von Albert S. Ashmead-New York. (Fortsetzung folgt.)

Dezember 1910.

Über Phagedaenismus, von August Ravogli - Cincinnati. Verfasser sieht im Phagedaenismus ein Stadium der Syphilis, das durch Anhäufung von Spirochäten von Angitis, Thrombose hervorgerufen wird und zur Nekrosis des Nachbargewebes führt. Die Wassermannsche Reaktion kann bei phagedaenischen Ulcerationen negativ ausfallen, da der Krankheitsprozeſs lokalisiert ist.

Die Vaccinetherapie, von Frederic E. Sondern-New York. Nichts Neues.

Freiwillige Sterilität, von E. H. F. Pirkner - New York. Besprechung antikonzeptioneller Mittel.

Die Chirurgie der Mäler, Warzen und Naevi der Haut, von D. W. Harrington-Milwaukee.

Hautexanthem als Komplikation bei Poliomyelitis, von Albert L. Stubb-La Junta. Kasuistik.

Klinische Erfahrungen mit der Wassermannschen Reaktion am John Hopkins-Hospital, von Paul W. Clough Baltimore. In 51 zweifelhaften Fällen war die Reaktion viermal positiv. In 50 mutmaſslich syphilitischen Fällen war die Reaktion 33 mal positiv, also in 66%; bei 45 sicher syphilitischen Kranken fiel die Reaktion 33 mal positiv aus, also in 73%. Bei 40% der untersuchten Tabiker und in allen Fällen von Paralyse war die Reaktion positiv. *Schourp-Danzig.*

Russische Zeitschrift für Haut- und venerische Krankheiten.

Band XX. Oktober 1910.

I. **Zur Kasuistik der tuberösen Lepra**, von Hassumjantz und Mawulantz. Bericht über vier Fälle von Lepra tuberosa aus dem Wladikawkaser Stadthospital, welche Bewohner des Terekgebietes im Kaukasus betrafen, wo sich ein Lepraherd und auch schon eine Leprakolonie findet.

II. **Über Gummen der Übergangsfalte der Bindehaut des Augenlides**, von Filatow. Zu den seltenen Fällen von Gummabildung an der Übergangsfalte der Augenlider bringt Verfasser folgende Beobachtung: Bei einem 30jährigen Mann, der sich vor zehn Jahren luetisch infiziert hatte, war das rechte, obere Lid geschwollen und an der Übergangsfalte derb infiltriert. Bei Umwendung des oberen Lides erwies sich die Conjunctiva stark hyperämisch und an der Übergangsfalte saſs ein knorpelhartes, 20 Kopekenstück-groſses, mit Eiter bedecktes Geschwür. Auch die Conjunctiva des unteren Lides war leicht hyperämisch, diejenige des Sclera stark injiziert. Perikorneale Injektion. Trübung der unteren Partie der Hornhaut. Die Drüsen vor dem rechten Ohr sind nicht vergröſsert, was bei gleichzeitigem Vorkommen eines Gumma auf der rechten Wange Anlaſs gab zur Diagnose eines Gumma, und nicht eines harten Schankers des Augenlides, wofür auch die Anamnese sprach. Unter Jodkalium schwanden im Laufe von drei Wochen die Erscheinungen.

III. **Zur Kasuistik der Behandlung der Syphilis mit dem Ehrlichschen Präparat „606“,** von Tschernogubow. Cf. *diese Monatshefte.* Bd. 51, S. 463.

IV. **Zur Biologie meines Infusoriums; seine Anwesenheit im Prostatasekret,** von Prof. Selenew. Das von S. anfangs nur in verschiedenen syphilitischen Geschwüren, vorzugsweise der Haut, gefundene Infusorium begegnete ihm in letzter Zeit auch in den Produkten der Absonderung auf die Schleimhäute und zwar speziell des Harnkanals, aber auch dreimal im Prostatasekret. Obgleich in diesen Fällen nur ein Verdacht auf Lues vorlag, indem sich eine bedeutende allgemeine und speziell inguinale Lymphadenitis fand, spricht doch für einen möglichen Zusammenhang mit Lues, trotz negativer Wassermannscher Reaktion, der Umstand, dafs dieses Infusorium im Prostatasekret von sicher nicht syphilitischen Personen vermifst wird. Wenn sich vielleicht auch erweisen sollte, dafs dieses Infusorium zur Gruppe des Chilodon Ehrb. gehört, so bleibt doch der Nachweis desselben in den Geschlechtsorganen des Menschen hochinteressant. *Arthur Jordan-Moskau.*

Bücherbesprechungen.

Die durch Gonokokken verursachten Krankheiten des Mannes, von S. Baumgarten - Budapest. (A. Hölder, Wien und Leipzig 1910.) Das Buch bringt zuerst die Entwicklungsgeschichte, Anatomie, Histologie und Physiologie der Harnröhre. Es folgt die Pathologie und pathologische Anatomie der nicht blennorrhoischen Erkrankungen. Eine sehr ausführliche und präzise Darstellung findet die Klinik der akuten und chronischen blennorrhoischen Infektion und die notwendigen Untersuchungsmethoden mit besonderer Berücksichtigung der Urethroskopie. Die folgenden, der Therapie der Blennorrhoe gewidmeten Kapitel bringen erst prophylaktische Vorschriften und dann eine Zusammenfassung alles dessen, was sich in der Trippertherapie als nützlich erwiesen hat. Es sind die innerlichen, diätetischen und die lokalen Behandlungsmethoden eingehend kritisch gewürdigt. Eine ausführliche Beschreibung der Dilatationsbehandlung der chronischen Urethritis schliefst sich an. Dann bespricht B. die Komplikationen des Trippers von seiten des uropoetischen Systems und die aufserhalb desselben gelegenen. Den Beschlufs macht eine eingehende Beschreibung der auf blennorrhoischer Grundlage entstandenen Funktionsstörungen der Geschlechtsorgane, eine Materie, die in ähnlichen Büchern gewöhnlich sehr stiefmütterlich behandelt wird. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Die Wassermannsche Reaktion mit besonderer Berücksichtigung ihrer klinischen Verwertbarkeit, von Harald Boas-Kopenhagen. (S. Karger. Berlin 1911.) Das erste Kapitel des mit einem Vorworte von Wassermann versehenen Buches bringt eine historische Übersicht über die Entwicklung der Theorie und der Technik der Wassermannschen Reaktion und die Wandlungen, die beide im Laufe der Jahre mitgemacht haben. Es folgt eine ausführliche und leicht fafsliche Beschreibung der Technik der Reaktion mit allen nötigen Vorversuchen und Kontrollen. Gleichzeitig werden sämtliche Modifikationen der Originalmethode und die Methoden, welche letztere ersetzen sollten (Fällungs- oder Farbenreaktionen) kritisch besprochen. Der Hauptteil des Buches behandelt die eigenen Untersuchungen. Unter 1064 nichtluetischen Erkrankungen reagierte nur ein Scharlach positiv. Die Resultate der übrigen Untersuchungen, die sich auf alle Stadien der Lues und auf Metalues beziehen, stimmen

im allgemeinen mit den von anderen Autoren gefundenen überein. Nur bei primärer Lues findet Boas im Gegensatze zu Bruck das Auftreten der positiven Reaktion weniger konstant, gewöhnlich kurz vor der ersten Eruption. Besonders weist er auf den Unterschied der Reaktion bei behandelter und nicht behandelter Syphilis hin und auf die quantitative Verschiedenheit der Hemmung. Um diese annähernd zu bestimmen, stellt er sich eine Hämoglobinskala durch steigende Verdünnung einer 10%igen Hämoglobinlösung her und vergleicht diese mit der bei inkompletter Hemmung über den Blutkörperchen stehenden roten Flüssigkeit. Empirisch hat er festgestellt, daſs die Grenze der positiven Reaktion bei 70 liegt, wenn 100 gleich ist totaler Hämolyse. Ferner warnt der Autor vor unvorsichtiger Deutung einer negativen Reaktion und hebt eindringlich hervor, daſs die Wassermannsche Reaktion keine Organdiagnose gestatte und nur beweise, daſs ein Mensch Syphilitiker sei und nicht, daſs eine bestimmte Affektion luetisch sei. Die bei kongenitaler Lues erhobenen Befunde bestätigen auch für ihn die von Matzenauer klinisch aufgestellte Theorie der Syphilisvererbung. Nach Besprechung des Einflusses der spezifischen Behandlung auf die Reaktion zieht der Autor aus seinen Untersuchungen den Schluſs, daſs die Komplementablenkung ein Symptom der Syphilis im Blute sei, ebenso wie Flecke und Knötchen ein Symptom auf der Haut seien. Daraus erkläre sich z. B. auch, daſs die Reaktion nach einer Kur positiv werden könne, so wie nach ihr ein Exanthem auftreten kann. Deshalb müsse entsprechend den Grundsätzen der symptomatischen Behandlung bei positiver Reaktion eine Kur eingeleitet werden. Ein ausführliches Literaturverzeichnis (bis 1. Oktober 1910) beschlieſst das lesenswerte Buch, das geeignet ist, die vielfach verbreiteten irrigen und überschwänglichen Anschauungen bei Beurteilung der Reaktion zu berichtigen. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. *Syphilis.*

Über die Ehrlichsche Syphilisbehandlung, von W. Fischer-Berlin. (*Ther. d. Gegenwart.* Sept. 1910.) Fischer fällt ein gleiches Urteil über die Ehrlichsche Behandlung wie Buschke in seiner Antwort auf die Umfrage (*Med. Klinik*, Nr. 38), cf. das folgende Referat. *Arthur Schucht-Danzig.*

Umfrage über die Wirkung des Ehrlichschen Arsenobenzols bei Syphilis. (*Med. Klinik.* 1910. Nr. 38.) Die Umfrage ist von Buschke ausführlich behandelt und es steht eine gegenüber dem anfänglichen Begeisterungstaumel erlösend wirkende Objektivität im Vordergrunde. Er behandelte nur sechs Fälle und schloſs Privatpatienten von der Behandlung aus, „solange sich die Angelegenheit im Stadium des wissenschaftlichen Versuches befindet und nicht alle Kollegen das Mittel haben“. Es wurden Rezidive beobachtet, deren Art nicht auf Abschwächung der Krankheit hinwies. Die infolgedessen häufiger notwendige Anwendung des Mittels erscheint gefährlicher und wirkungsloser als beim Hg, da die Substanz giftiger ist und leichter Gewöhnung eintritt.

Da Vergiftungserscheinungen, welche Nervensystem und Gefäſserkrankungen betreffen, mitgeteilt sind, scheidet schwere Nervenlues aus dem Indikationsgebiet aus.

An Heilwirkung scheint das Präparat in Analogie zum Kalomel zu setzen zu sein, das es in manchen Fällen von ulceröser und Spätlues anscheinend übertrifft, während es z. B. bei den papulösen Frühexanthemen oft schlechter zu wirken scheint als Hg und auch bei Spätsyphilis versagen kann. *Arthur Schucht-Danzig.*

Theoretische und praktische Erwägungen über Ehrlich-Hata 606, von Kromayer-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 34.) Von den 27 mit bestem Erfolg behandelten Fällen zeigten fünf Rezidive; in drei Fällen reichte das Mittel nicht zur Beseitigung der Erscheinungen aus. Außer der von Ehrlich in den Vordergrund gestellten Wirkung seines Mittels auf die Spirochäten ergeben sich zwei weitere Eigenschaften desselben:

1. Es bringt das pathologische Gewebe, das Syphilom, zur raschen Resorption.
2. Es regt das Epithel zur Proliferation und raschen Überhäutung von Geschwüren an.

Kromayer empfiehlt eine Kombination der Ehrlich- und Hg-Behandlung, da wir nicht wissen, ob die Ehrlich-Behandlung in höherem Maße die Syphilis als solche heilt. Eine unmittelbare Indikation für Anwendung des Mittels liegt vor, wenn Hg-Behandlung nicht zu einem Erfolg geführt hat, oder bei gefahrdrohenden Erscheinungen, ferner bei eben diagnostizierbarem Primäraffekt. *Arthur Schucht-Danzig.*

Ein Besuch in der Treupelschen Klinik; die Verwendung von „606", von J. G. Garson. (*Lancet.* 24. Sept. 1910.) Enthält nichts, was nicht in deutschen Fachschriften schon mitgeteilt ist. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über die Herstellung gebrauchsfertiger Lösungen von Dioxydiamidoarsenobenzol (Ehrlich-Hata 606), von Heinrich Citron und Paul Mulzer. (*Med. Klinik.* 1910. Nr. 39.) Folgende Methode wurde von den Autoren im Kaiserl. Gesundheitsamt ausgearbeitet: In eine sterile, am Kanülenende mit einem Konus verschlossene 15 ccm-Rekordspritze wird das zu injizierende Quantum Pulver geschüttet und mit einigen Tropfen Alkohol befeuchtet. Nun setzt man bis zu Marke 5 heißes Aq. dest. zu, setzt den Kolben ein, legt den Befestigungsring um und schüttelt gut durch. Es resultiert eine klare goldgelbe Lösung. Dann nimmt man den Kolben wieder heraus und setzt zwecks völliger Ausfällung der Base 40 Tropfen einer 10%igen Aufschwemmung von Calciumkarbonat zu, wodurch eine dickliche rahmartige Emulsion entsteht. Injektion der resultierenden 5—6,5 ccm in den oberen äußeren Quadranten der Glutäen. Die Wirksamkeit wird nicht beeinträchtigt.

Arthur Schucht-Danzig.

Über einige mit „606" behandelte Fälle, von Frau Kukár Durlen-Budapest. (*Gyógyászat.* 1910. Nr. 39.) Verfasserin behandelte 25 Patienten, namentlich Paralytiker, darunter einen mit Gehirnlues, einen mit Endarteriitis luetica, einen Neurastheniker — infolge einer seit acht Jahren bestehenden Lues maligna — und drei Taboparalytiker. Die Patienten waren in guter leidlicher Konstitution. Nur in zwei Fällen entschloß sich Verfasserin — trotz des Widerratens Ehrlichs — bei dem unendlich traurigen körperlichen und geistigen Zustand, Injektionen zu geben. Es war ja ohnehin nichts zu verlieren. Das Resultat war viel besser, als man erwarten konnte. Beide Patienten verließen seither das Bett und haben an Körpergewicht zugenommen. In zwei Fällen stellte sich Harnverhaltung ein, aber schon in darauffolgender Nacht konnte ein Patient spontan den Urin entleeren. Die Temperatur stieg nur bei einem Patienten am vierten Abend nach der Einspritzung auf 39,2°. In den anderen Fällen war das Maximum 38,2. Die Abendtemperatur war gewöhnlich 37,6—37,8°, die des Morgens war immer niedriger. Einige Patienten waren vollkommen fieberfrei. Auffallend war die Wirkung auf die Papillenreaktion. In zwölf Fällen war Anisochoria und träge Reaktion vorhanden. Nachdem die Ungleichheit gewichen, trat die Reaktion

prompt auf. Ebenso ist auch die faciale Parese verschwunden. Bei einem Taboparalityker ist die vollkommene Ptose des linksseitigen Augenlides ganz verschwunden. WASSERMANN-Untersuchungen wurden wöchentlich mit positivem Resultat gemacht. Am 7.—42. Tage war sie in den meisten Fällen negativ, die Anisochoria ist verschwunden, die Pupillenreaktion tritt prompt ein, die Facialisparese hat aufgehört und sämtliche Reflexe waren normal. Facialisparese stellte sich später auf der rechten Seite ein, WASSERMANN war sehr stark positiv. Eine vollständige Heilung stellte sich bei Lues cerebri ein. Dieser Patient stand unter ständiger Jod- und Enesolbehandlung. Der Zustand besserte sich unmerklich. Nach der Injektion ist die Anisochoria verschwunden und die Pupillen reagieren gut. Das subjektive Befinden war vortrefflich. Nach dem Verlassen der Anstalt trat Patient in den schwersten Rollen mit großem Erfolge auf und fühlt sich auch heute noch wohl. Vollkommene Besserung konnte auch bei einem Maschinenmeister beobachtet werden. Infolge seiner malignen Lues war er sehr nervös. Luetische Ulcera hatte er auf dem Nacken, Rücken, den unteren Gliedmaßen. Bei vorgeschrittener Paralyse konnte man in etwa 50% eine gewisse Besserung konstatieren. Einige Patienten mit beginnender Besserung stehen noch unter Beobachtung. *Porosz-Budapest.*

EHRLICH-HATA 606 in der ambulanten Praxis, von KROMAYER-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 39.) Verfasser benutzt eine Paraffinemulsion des Dichlorhydrats und dosiert fraktioniert, indem er 0,5 auf mehrere Injektionen von 0,2 und 0,1 täglich oder zweitägig appliziert. Die Erfolge sollen die gleichen sein wie bei anderer Methodik und ambulante Behandlung möglich sein.

Arthur Schucht-Danzig.

Vorläufiger Bericht über das EHRLICH-HATAsche Präparat für die Heilung der Syphilis, von M. S. KAKELS-New York. (*Med. Record.* 24. Sept. 1910.) K. hat Gelegenheit gehabt in einigen malignen Fällen von Syphilis, die bis dahin auf keine Behandlung reagierten, „606" zu versuchen; Fälle mit Erkrankungen der Leber, der Niere, des Herzens oder Zirkulationssystems hat er ausgeschlossen, ebenso in jedem Falle genaue Augenuntersuchungen vorher vorgenommen. Er beschreibt des näheren zwei Fälle von schwerer tertiärer Syphilis und die ganz überraschenden Erfolge, die er dabei erreicht hat. *W. Lehmann-Stettin.*

Über 156 mit EHRLICH-HATA 606 behandelte Fälle, von FAVENTO-Triest. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 40.) Auch dieser Bericht bildet eine weitere Bestätigung für die durch kein bisher in der Syphilistherapie gebrauchtes anderes Medikament erreichte Wirksamkeit des EHRLICHschen Mittels. Allerdings ist zuzugeben, daß in bezug auf die Technik der Anwendung noch weitere Studien erforderlich sind. Verfasser hatte in drei Fällen Rezidive zu verzeichnen, und ein drei Monate altes Kind ist zwölf Tage nach der Injektion von 0,02 gestorben. Dieser Fall muß indessen glatt ausgeschieden werden, da die Obduktion eine Bronchopneumonie und keine Andeutung einer Arsenintoxikation noch auch von Lues ergab. Die Injektionen wurden nach der WECHSELMANNschen Methode gegeben: Lösung in 10%ige Kalilauge, Fällung mit Eisessig und Zusatz von Wasser, neutralisieren mit 1%iger Kalilauge bzw. 1%iger Essigsäure, Injektion der 7—8 ccm betragenden Gesamtmischung subcutan in zwei Portionen. Bei 49 Patienten wurde das Verschwinden der Spirochäten beobachtet und in einigen 20 Fällen ein Negativwerden der WASSERMANN-Reaktion.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Bericht über die EHRLICH-HATAsche Behandlung, von A. v. TORDAY-Budapest. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 39.) Achtzehn Fälle, die nach der Technik WECHSELMANN behandelt wurden; unangenehme Nebenerscheinungen, insonderheit Blasenstörungen wurden nicht beobachtet. In zwei Fällen von schwerer Anämie verschlimmerte

sich der Blutbefund, der eine Kranke starb neun Tage nach der Injektion. Die Wassermannsche Reaktion ist in allen Fällen positiv geblieben. In einem Falle von Tabes wurde keine Wirkung nachgewiesen. *W. Lehmann-Stettin.*

Über die Einwirkung des Ehrlichschen Arsenobenzols auf die Lues der Kinder mit besonderer Berücksichtigung der Syphilis congenita, von Richard Kalb-Frankfurt a. M. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 39.) Zusammenstellung der bisher berichteten Fälle von hereditärer Lues, behandelt mit „606“, und Bericht über acht Fälle aus der Herxheimerschen Klinik. Die Fälle sind insofern von Interesse, weil sie bisher nicht erwähnte Komplikationen darbieten; so hatte ein Kind Parrotsche Pseudoparalyse, ein anderes starke Lebervergröſserung. Ein dritter Fall bot ein Analogon zu den Fällen von Taege und Duhot, nur mit dem Unterschied, daſs die luetische Mutter mit Kalomel behandelt wurde. Die Wassermannsche Reaktion ist in allen Fällen positiv geblieben, die Einwirkung auf die Symptome war prompt; das Körpergewicht schien sich in allen Fällen zu heben. *W. Lehmann-Stettin.*

Meine Erfahrungen mit „606“ an 100 Fällen, von M. Dobrovits - Pozsony. (*Gyógyászat.* 1910. Nr. 40.) Verfasser wendete als normale Dosis bis 0,60 an, bei Kindern auf 1 kg Körpergewicht 0,005. Mit Essigsäure neutralisiert und mit sterilem destilliertem Wasser auf 10 ccm ergänzt. Nach der gründlichen Desinfektion der Haut mit Äther und Jodtinktur machte Verfasser unter die Haut unterhalb des Schulterblattes mit einer Rekordspritze die Injektion. Arsenvergiftungssymptome konstatierte er in keinem einzigen Falle. Einige Patienten klagten über groſse und mehrere Tage anhaltende Schmerzen, während bei anderen der Schmerz an der Injektionsstelle rasch vorübergegangen ist. Das Mittel wurde in vielen Fällen schon in einigen Tagen absorbiert, in vielen Fällen aber war eine harte empfindliche Geschwulst noch wochenlang als zeitweise sogar mit entzündlicher Röte bedeckte, Pseudofluktuation zeigende Gedunsenheit sichtbar. In einem Falle ging diese Geschwulst nach vier Wochen in Vereiterung über und in dem durch einen Einschnitt entleerten Eiter konnte Arsen leicht nachgewiesen werden. In einem Falle von Gehirngumma zeigte auch das aus dem Absceſs ausgeschabte nekrotische Bindegewebe ebenfalls reiche Arsenreaktion. Nach der Injektion trat in vier Fällen den ganzen Körper bedeckendes juckendes polymorphes Erythema, in mehreren anderen Fällen nur in der Knie- und Ellenbogenbeuge Erythema circumscriptum auf. In beiden Fällen verschwand die Röte nach 24 Stunden.

Die Wirkung war am auffallendsten und überraschendsten auf die Gummen der Haut, des Rachens und der Knochen. Am raschesten war sie bei nässenden Plaques, bei ulceröser, primärer Sklerose und bei Oedema indurativum, während das oberflächlichste Zeichen der Syphilis, das Exanthema maculosum, sich scheinbar langsam zurückentwickelt hat, so daſs es manchmal auch dann noch sichtbar war, wenn das primäre Ulcus sich schon ganz gereinigt hatte. Nach vier bis acht Tagen waren schon die Spirochäten verschwunden. Doch die Wassermannsche Reaktion war noch in der vierten Woche positiv. Staunenswert ist die Wirkung der an der Mutter vorgenommenen Injektion auf den Säugling. In einem Falle vertrockneten und heilten die die Crena ani bedeckenden ulcerösen Plaques des Säuglings in drei Tagen.

Bei einem Geisteskranken, dessen Syphilis Verfasser seit sechs Jahren von der primären Sklerose an beobachtet und zeitweise behandelt hat, wurde durch Einimpfung von 0,50 in fünf Wochen eine bedeutende und jetzt noch anhaltende Besserung erzielt. Bei einem fieberhaften, bis auf die Knochen abgemagerten Patienten war auf dem Scrotum und dem Penis bis zur Afteröffnung eine einzige groſse nässende Papel, auf der Haut zahlreiche, zerstreute Blasen und Ulcera; in dem oberen Lappen der rechten Lunge Pneumonie. Am vierten Tage nach der Injektion verschwand die Pneumonie,

die eiternden Plaques waren trocken, die Ulcera rein und am zwölften Tage verliefs Patient geheilt das Spital. Die Wirkung auf chronische, abgelaufene Augenleiden zeigte sich bei folgendem Falle. Auf beiden Schienbeinen eines 26jährigen Mädchens tiefgehende gummöse Ulcera, auf dem rechten Auge Occlusio pupillae fere totalis, auf dem linken Auge abgelaufene Chorioretinitis, mit $^{3}/_{50}$ Sehweite. Patientin wurde 0,60 injiziert. Nach vier Tagen meldet sie freudestrahlend, sie sehe alles. Sehweite $^{5}/_{50}$. Nicht minder überraschend ist ein Tabesfall, wo der Patient mit auseinandergehenden Füfsen, auf zwei Stöcken gestützt, acht Tage nach der Injektion von 0,65 mit geschlossenen Füfsen imstande war, Geldstücke von der Erde aufzuheben und wacker ausschreitend das Spital zu verlassen, oder der Fall eines Patienten, der wegen schmerzhafter Rachen- und Zungengummen nicht sprechen und nicht schlucken konnte, bis auf die Knochen abgemagert ist und heiser stammelt. Zehn Stunden nach der Injektion von 0,50 konnte er breiige Speisen schlucken und 14 Tage später konnte er mit geheilten Ulcera das Spital verlassen. *Porosz-Budapest.*

Beginn und Dauer der Arsenausscheidung im Urin nach Anwendung des Ehrlich-Hataschen Präparates Dioxydiamidobenzol, von K. Greven-Bonn. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 40.) Nach den von G. an sechs Patienten, welche intraglutäal eine Injektion von 0,45—0,6 des Ehrlichschen Mittels erhalten hatten, erhobenen Feststellungen war schon der nach Ablauf einer Stunde oder nur einer halben Stunde entleerte Urin arsenhaltig. Ferner blieb der Urin nach intramuskulärer Injektion von 0,45 resp. 0,6 noch je 17 und 18 Tage (Durchschnitt bei vier resp. zwei Patienten) arsenhaltig; nach der subcutanen Injektion von 0,4 war die Arsenausscheidung in 14 Tagen beendet. Etwas länger blieb der Urin arsenhaltig bei sieben Patienten, welche fünf bis zehn Tage nach der Injektion noch mit Quecksilber als Schmierkur behandelt wurden; hierbei ergab sich als Durchschnitt eine Periode von 20 bis 25 Tagen. Versuche an Kaninchen ergaben eine Ausscheidungsdauer von zehn resp. bei gleichzeitiger Quecksilberbehandlung von 13 Tagen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Persönliche Erfahrungen mit „Ehrlich-Hata 606", von A. L. Wolbarst-New York. (*Med. Record.* 15. Okt. 1910.) Verfasser hat auf einer Reise durch Deutschland an verschiedenen Kliniken Gelegenheit gehabt, die Behandlung mit „606" und die dabei erreichten Erfolge zu sehen und berichtet darüber: Das Präparat „606" hat eine ans Wunderbare grenzende Wirkung in einem grofsen Prozentsatz der Fälle, wenn es in richtiger Weise angewendet wird; in einigen Fällen ist die Wirkung nicht so auffällig, aber die Resultate immerhin gut; einzelne Fälle sind refraktär. „606" ist anscheinend das wirksamste Mittel für Syphilis, das bis jetzt bekannt geworden ist, auch wenn es kein absolutes Spezifikum sein sollte. *W. Lehmann-Stettin.*

Ehrlich-Hata „606", von W. E. Home. (*Lancet*, 8. Okt. 1910.) Enthält nur einen Bericht über einen Besuch in Frankfurt und Berlin und ein kurzes Resumé der dortigen Erfahrungen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

„E.-H. 606" bei Lues maligna, von Forbát-Szeged. (*Wien. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 40.) Bericht einer Anzahl von Fällen, die prompt auf „606" heilten.

Schourp-Danzig.

Ein Fall von rascher Wirkung des Ehrlich-Präparates „606", von Siegmund Rémi-Kecskemét. (*Wien. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 41.) R. sah bei einer Sklerose in kaum 24 Stunden nach der Injektion Überhäutung des Geschwürs und Verschwinden der Induration. *Schourp-Danzig.*

Syphilis und „606". (*Bull. méd.* 1910. Nr. 84.) Jacquet berichtet über drei Fälle von tertiärer Lues, bei denen die Erscheinungen nach „606" teilweise sehr gut beeinflufst wurden. Einer, bei dem der Verdacht von Magenlues bestand, bekam am

siebenten Tage Magenblutungen, denen er nach fünf Tagen erlag. MILFIAN hat ausgezeichnete Resultate in allen Stadien der Syphilis gesehen. NETTER berichtet ebenfalls, gute Erfolge gesehen. Er betont die Beachtung der von EHRLICH aufgestellten Kontraindikationen. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Die Behandlung der Syphilis mit dem Präparate von EHRLICH-HATA, von WALTER PICK. Mit Bemerkungen von P. EHRLICH-Frankfurt a. M. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 42.) P. beschreibt eine neue Modifikation der Technik, mit der er recht zufrieden ist, und giebt ein Resumé seiner Erfahrungen an nunmehr mehr als 200 Beobachtungen. „Die Zahl der Rezidive, welche zur Beobachtung kamen, hat sich allerdings entsprechend der Beobachtungsdauer vermehrt und wir glauben, im Gegensatze zu der von WECHSELMANN geäußerten Ansicht, daß sich überhaupt keine sehr wesentliche Differenz in der Häufigkeit der Rezidive nach Quecksilberkuren und nach 606 konstatieren läßt."

Von den ersten präventiv behandelten Fällen konnten nur acht in fortgesetzter Beobachtung gehalten werden; von diesen haben sechs Symptome bekommen, die restlichen zwei zeigen positiven WASSERMANN!

Diesem Bericht fügt EHRLICH die folgenden Bemerkungen hinzu: „die neueren Präparate (gemeint sind „Ideal und Hyperideal") sind zwar weniger toxisch, aber auch vielleicht weniger wirksam. . . . Es ist a priori sehr wahrscheinlich, daß die Emulsion als solche selbstverständlich schwerer zur Resorption gelangt als eine Lösung. . . . Ich bin überzeugt, daß in dieser ganzen Kategorie der mit Emulsion behandelten Fälle eine mangelnde Resorption stattgefunden hat." EHRLICH empfiehlt sodann nach der Methode von IVERSEN 0,4—0,5 intravenös zu injizieren und 48 Stunden später ein intramuskuläres Depot (0,3—0,4 nach KROMAYER) nachzusetzen. Bei Schankern sollte man eine energische Lokalbehandlung anschließen.

W. Lehmann-Stettin.

Hektine und „606" in der Abortivbehandlung der Syphilis, von HALLOPEAU. (*Bull. méd.* 1910. Nr. 80.) „606" ist nicht ungefährlich wegen der verschiedenen beobachteten Nebenwirkungen wie Schmerzen, Fieber, Ikterus, Blasenparese, Abscesse usw. Ferner sind 14 Todesfälle (zwei in Paris) und mehrere Erblindungen bekannt. H. selbst hat zwei Erblindungen gesehen; einmal bei einem Tabetiker. Andererseits wirkt es nicht abortiv, da frühe Rezidive nicht selten sind. Im Gegensatze dazu ist Hektine völlig gefahrlos, versagt nie und hat bei der Abortivbehandlung nach H. (Injektion in und um den Primäraffekt und in die regionären Drüsen) Dauerresultate bis zu 21 Monaten gezeitigt.

NETTER hat ausgezeichnete Resultate von „606" gesehen und glaubt nicht, daß es die Ursache der Todesfälle ist.

BALZER hat ebenfalls gute Erfolge gehabt, wundert sich aber, daß von seiten der deutschen Autoren die Todesfälle und Nebenwirkungen so kurz beschrieben werden.

Richard Frühwald-Leipzig.

Die Behandlung der Syphilis mit EHRLICH-HATAschem Arsenopräparat, von J. GUSZMANN-Budapest. (*Orvosi Hetilap.* 1910. Nr. 42.) EHRLICH hat eine dritte mächtige Waffe gegen die Syphilis geschaffen. Quecksilber und Jod heilen hauptsächlich nur Syphilide und vernichten im Zusammenhange damit die Spirochäten. In der sogenannten Latenzperiode hat aber diese Behandlung auf die sozusagen in ruhendem Zustande befindlichen Spirochäten keinen großen Einfluß. Das neue Mittel wäre in der Tat mit einem Schlage ein Heilmittel, wenn es auch außerhalb der Syphilide befindliche, im Organismus zerstreute und Symptome nicht hervorrufende Spirochäten vernichten könnte. Verfasser erprobte das Präparat bisher in 41 Fällen. In Fällen von primärer Affektion traf die Epithelbildung auffallend rasch ein, manchmal schon

nach ein bis zwei Tagen. Das rasche Verschwinden der Spirochäten kann wirklich häufig beobachtet werden, die charakteristische harte Infiltration aber auch nach der Epithelbildung mehrere Wochen lang bestehen. Auch die Drüsen gehen nur langsam und nicht vollkommen zurück. Ausgeprägte Sklerosen entwickeln sich bei ausgiebiger, energischer Quecksilberkur rascher und vollkommener zurück. Von den frischen sekundären Symptomen können die oberflächlichen, schwach infiltrierten Syphilide auffallend rasch und gut beeinflufst werden. Namentlich die hartnäckig rezidivierenden und die mit Quecksilber energisch behandelten Plaques in der Mundhöhle reagieren auf das Ehrlichsche Mittel am sichersten. Nicht so günstig sind die Resultate in Fällen von frischen sekundären Syphiliden auf der Haut. Nur die mit anatomischen Veränderungen kaum einhergehenden Roseolen (auch rezidivierende) bilden eine Ausnahme und verschwinden nach zwei bis drei Tagen. Die trockenen, auf der Haut sitzenden Papeln und die nässenden genitalen Papeln (Condylomata) pflegen wochenlang in Form von Infiltrationen zu bestehen. Das Trocknen der nässenden Papeln bzw. die Epithelbildung pflegt sich aber rasch einzustellen. In den Fällen der bisher behandelten Papeln und Condylome war der Eindruck des Verfassers, dafs bei entsprechender allgemeiner und lokaler Quecksilberbehandlung sich die Symptome entschiedener und vollkommener zurückentwickelt hätten. Auffallend rasch ging die Heilung vonstatten bei einem ausgedehnten kleinpapulösen Syphilid (Lichen syphiliticus). Bekanntlich ist die Heilung dieses Symptoms sehr in die Länge gezogen. Die späten, sogenannten tertiären Veränderungen reagierten in den meisten Fällen vortrefflich. Gummen pflegen auch dann zu heilen, wenn sie zerfallen sind. Das sind Fälle, die am auffallendsten den Erfolg des neuen Mittels zeigen. Gerade diese spät auftretenden Gummen heilen aber auch bei Behandlung mit den alten Mitteln sehr gut. Die gute und vollkommene Wirkung des neuen Mittels konnte Verfasser in Fällen von mehreren tiefgehenden gummösen Veränderungen beobachten. Die Gummen werden rasch rein und gehen bald in Heilung über. Eine auffallend gute Heilwirkung beobachtete Verfasser in einem Falle von Lues cerebri. Geistige Depressionen, quälende Kopfschmerzen waren die Hauptsymptome. Der Patient wurde früher wochenlang antiluetisch behandelt, aber ohne den geringsten Erfolg. Die Kopfschmerzen traten später so intensiv auf, dafs eine vollkommene Arbeitsunfähigkeit eintrat. Die Behandlung mit dem neuen Mittel blieb anfangs erfolglos, aber 4½ Wochen nach der Injektion hatte das Körpergewicht um 5 kg zugenommen. Seit zwei Wochen waren die Kopfschmerzen verschwunden. Lebens- und Arbeitslust war wieder bei ihm eingetreten. Verfasser gab die Injektion in neutraler Suspension. Statt Essigsäure gab er Salzsäure, was den Vorteil hatte, dafs das Zentrifugieren überflüssig war, da sich beim Anfertigen Kochsalzlösung bildete. Dosis: 0,4—0,6 g. Bei den letzten 20 Fällen, in denen Salzsäure benutzt worden ist, trat Temperaturerhöhung nur in drei Fällen ein. Die Schmerzhaftigkeit — bei dem Verfahren mit Salzsäure — ist gewöhnlich nicht grofs. Die Efslust wird immer besser. Einige Wochen nach der Injektion beläuft sich die Gewichtszunahme auf 2—6 kg. Das Negativwerden der positiven Reaktion wurde bisher in drei Fällen beobachtet. In dem gummösen Fall trat es zehn Tage nach der Injektion, in zwei anderen Fällen nach drei bzw. fünf Wochen ein. Eine wichtige und hervorragende Eigenschaft des Mittels ist, dafs es auch dann gegeben werden kann, vielleicht sogar mit dem gröfsten Erfolg, wenn man mit der Quecksilberbehandlung die glatte Rückentwicklung der syphilitischen Symptome nicht erreichen kann oder wenn der Organismus mit Quecksilber sozusagen gesättigt ist, die Symptome aber noch bestehen, oder sogar noch an Umfang zunehmen. In solchen Fällen hat die in den Organismus eingeführte Arsenmenge eine wirklich gute Wirkung. Übrigens liefert die neue antiluetische Behandlung neue und überzeugende

Motive für die Rechtfertigung jener Anforderung der Therapie, daſs auch die Quecksilberbehandlung immer energisch sein müsse, wenn man mit ihr wirkliche Erfolge erzielen will. Nur die Syphilis wirklich ergreifende ausgiebige Quecksilberbehandlung hat wirklichen Nutzen, die kleinliche, in die Länge gezogene, hat wenig oder gar keinen Erfolg. Bezüglich der Fälle von Syphilis maligna ist es vermutlich schon entschieden, daſs das Ehrlichsche Mittel dasjenige ist, von dem man am ehesten Heilung erwarten kann. In den mit ausgeprägten und charakteristisch harten Infiltrationen einhergehenden Fällen von primären Affektionen empfiehlt Verfasser die Behandlung mit 606 als erste und einzige Einmengung heute noch nicht in der Praxis anzuwenden; der lange Zeit (mehrere Wochen) anhaltende Bestand der klinischen Symptome spricht nicht dafür, daſs die Behandlung von gröſserm Erfolge begleitet wäre, als die mit Quecksilber. So lange man von dem Quecksilber eine eben solche Heilwirkung erwarten kann, wie von dem Ehrlichschen Mittel, muſs man schon dem alten Mittel den Vorzug geben, dessen Wirkungen unzählige Ärztegenerationen kennen. Die Ehrlichsche Behandlung hat eine groſse soziale Bedeutung, weil die Behandlung der auf Spitalspflege angewiesenen Kranken eine kürzere Zeit beansprucht, als die der mit Quecksilber behandelten Kranken. Dadurch kann der Verkehr in den Spitälern bedeutend gesteigert werden, so daſs in der ansteckendsten Periode der Syphilis weniger Individuen ohne Behandlung bleiben und die Gesellschaft gefährden können. Ihre Aufnahme im Spital wird bedeutend leichter sein. *Porosz-Budapest.*

Erfahrungen und Beobachtungen bei der Behandlung der Syphilis mit Ehrlich-Hatas Präparat 606, von K. Taege-Freiburg i. B. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 42.) Auſser einem, man möchte fast sagen, kaum mehr nötigen Bericht über 85 im wesentlichen ohne Zwischenfälle erfolgreich behandelte Fälle enthält die Arbeit folgende beachtenswerte Angaben zur Technik der Injektionen: Das Röhrchen wird angefeilt, die Spitze abgebrochen. Wenn das sehr locker und beweglich in der Ampulle liegende Pulver durch die eindringende Luft nicht zusammengeballt wird, ist es nicht brauchbar, und es soll eine andere Ampulle genommen werden. Auf einem Glasstab — Enden rund geschmolzen — wird durch Hin- und Herziehen in einer nicht leuchtenden Flamme ein Reagenzrohr erhitzt, sterilisiert. In einem anderen wird etwas Wasser kurz gekocht. Jetzt schütte man das Präparat in das erste abgekühlte Rohr, füge so viel Glycerin zu, daſs auf 1 dg zwei Tropfen kommen, und zerdrücke durch Rühren und Streichen mit dem Stab jedes Klümpchen. Der in wenigen Sekunden dann entstandene homogene Brei wird mit beliebig viel des frisch gekochten heiſsen Waſsers versetzt, worauf man durch Umrühren eine klare Flüssigkeit erhält, die ohne weiteres eingespritzt wird. T. zieht es vor, die Injektion nur einseitig zu geben, möglichst tief in die Glutäalmuskulatur. Bei Ischiadikern muſs man sich allerdings hüten, nicht zu dicht an den Hüftnerv heranzukommen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Technik und Dosen der löslichen Einspritzungen des „606“ von Ehrlich, von Duhot-Brüssel. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 42.) Als Ursachen der Schmerzhaftigkeit der Injektionen nennt D. einmal die Einverleibung an einer ungeeigneten Stelle und andererseits die Verwendung zu groſser Mengen von Flüssigkeit zur Herstellung der Lösung. Er mischt in einem Glasmörser das Pulver mit 1/2 ccm sehr reinem Methylalkohol, zerreibt gründlich und setzt 4—6 ccm physiologische Kochsalzlösung zu. Es wird dann mit einer 5 ccm fassenden Spritze, deren Nadel 2—4 cm lang ist und aus Platin besteht, in die Glutäalmuskulatur eingespritzt. Die geeignetste Stelle findet man, wenn man mit Jodtinktur einen Strich zieht von der Spina anterior ossis ilei nach dem oberen Ende der Gesäſsfalte. Der Patient liegt dabei auf dem

Bauche. Nachdem man sich überzeugt hat, dafs die eingestochene Nadel kein Blutgefäfs getroffen hat, entleert man langsam die Spritze und zieht sie dann mit einer schnellen Bewegung unter Andrücken der umgebenden Gewebe zurück. Bei nicht belasteten Patienten gibt Verfasser durchschnittlich Dosen von 1 g bei 70 kg Körpergewicht (ca. 0,014 pro kg), bei belasteten Männern 0,01 pro kg und bei Frauen etwas weniger. Die Patienten werden nach der Injektion nach Hause entlassen; sie sollen nur nicht weit gehen, sondern mindestens zwei Tage Ruhe halten, Warmkompressen auf die injizierte Stelle auflegen und täglich ein Bad von 39° nehmen. Auf diese Weise sind bereits 325 Patienten erfolgreich behandelt worden.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Ein Todesfall nach Ehrlich-Hata „606", von Ehlers-Kopenhagen. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 42.) Ein 40jähriger Kaufmann, vor elf Jahren syphilitisch infiziert und ungenügend behandelt, klagte vor vier Jahren über Gürtelschmerz und Schmerzen in den Schienbeinen; im April 1908 erlitt er einen apoplektiformen Anfall und wurde im selben Jahre wegen Symptomen von Dementia paralytica im Irrenhaus sechs Monate behandelt. Gebessert entlassen, erlitt er im Juli 1910 einen zweiten apoplektischen Insult und bot seitdem Zeichen eines langsam zunehmenden Verfalls. Im August erhielt er eine subcutane Injektion von 0,5, fast schmerzlos und ohne Lokalreaktion. Nach fünf Tagen starb er unter dem Zeichen einer Vergiftung ausschliefslich seitens des Nervensystems (Tumor, Schweifskrisen usw.) und Herzparalyse. Die Sektion ergab nichts als eine parenchymatöse Degeneration der Organe. Einen genaueren Bericht wird der behandelnde Arzt A. Jörgensen demnächst veröffentlichen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Welche Herzerkrankungen bilden voraussichtlich eine Kontraindikation gegen die Anwendung von Ehrlich-Hata „606"? von K. Grassmann-München. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 42.) In mehr theoretisierender Weise und ohne Anführung bestimmter Krankenberichte führt Verfasser aus, dafs bei Affektionen des Herzens zu unterscheiden ist zwischen solchen, bei denen die Arsentherapie der Syphilis kontraindiziert und solchen, bei denen dieselbe zulässig oder sogar direkt angezeigt ist. Er verweist auf seinen früher publizierten Bericht über Beobachtungen an 288 Luitikern, unter denen 85% im Frühstadium verschiedentliche Störungen der Herztätigkeit aufwiesen, was bei einem gewissen Teil der Patienten jedenfalls direkt auf die Wirkung des syphilitischen Virus zurückzuführen war. Dagegen werden markierte Degenerationszustände der Herzmuskulatur, hochgradige Brachycardie, starke Dilatation des Herzens, akute entzündliche Prozesse, Verdacht auf Gummabildung am Herzen und vielleicht auch das gleichzeitige Vorhandensein von Struma, Lungenemphysem usw. bei Herzschwäche die Injektionen unzweckmäfsig erscheinen lassen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Weitere Erfahrungen mit „606" (80 Fälle), von J. E. R. McDonagh. (*Lancet.* 22. Okt. 1910.) Die Resultate, welche Verfasser erzielt hat, stimmen mit den Berichten deutscher Autoren durchaus überein. Unfälle ernsterer Art hatte er nicht zu beklagen, doch hat er wenigstens zwei Rezidive zu verzeichnen. Bei den im Primärstadium injizierten Patienten blieb ausnahmslos die Entwicklung späterer Läsionen aus. Auch war er einmal in der Lage, die günstige Wirkung des Mittels auf das kongenital-syphilitische Kind bei Injektion der stillenden Mutter zu konstatieren. Die Bereitung der Injektion führte McD. unter Herstellung einer schwach alkalisierten Lösung aus: Verreibung im Glasmörser unter Zusatz von Normalnatronlauge, Hinzufügen von 3—4 ccm sehr heifsen Wassers, drei Tropfen alkoholischer Phenolphthaleinlösung, Eisessig bis zur sauren Reaktion und Wiederherstellung einer ganz schwachen alkalischen Reaktion durch ein bis zwei Tropfen Natronlauge. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Unsere Erfahrungen mit dem Ehrlichschen Mittel „606“, von H. Ritter-Hannover. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 43.) Dieser Beitrag zu den Erfahrungen über Ehrlichs „606“ gründet sich auf Beobachtungen an 60 Fällen von Syphilis in verschiedenen Stadien. Die Resultate waren teilweise überraschend günstig, doch kamen vereinzelte Mifserfolge vor. Ein Säugling von drei Monaten in sehr dekrepidem Zustand mit Pemphigus starb fünf Tage nach einer Injektion von 0,05. Als Sektionsergebnis wird aber fibrinöse Peritonitis mit Ascites verzeichnet. Im allgemeinen bevorzugt Verfasser die subcutane Injektion. Er vermischt das Pulver mit Methylalkohol, setzt 10 ccm warmes destilliertes Wasser zu, alsdann unter Umrühren 1—2 ccm Normalnatronlauge bis zur Lösung und dann tropfenweise Normalessigsäure, bis nur eine schwache Alkaleszenz vorhanden ist. Alsdann wird auf 20 ccm mit Wasser aufgefüllt und die Portion je zur Hälfte rechts und links unterm Schulterblatt injiziert. Dieses bekanntlich auch von anderen Autoren so geübte Verfahren schien am wenigsten schmerzhaft zu sein. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Behandlung der Syphilis mit „606“. (*Bull. méd.* 1910. S. 1112.) Eine interessante Debatte über den Heilwert des Arsenobenzol. Man wendet sich einerseits gegen den überschwänglichen Enthusiasmus in der Beurteilung des Mittels, das eine völlige Sterilisation des Körpers nicht erzielen kann, andererseits gegen die heftige Agitation, die in Frankreich gegen „606“ betrieben wird. Beide könnten dem Mittel, das sicher in gewissen Fällen besser als Hg wirkt, nur schaden.

Richard Frühwald-Leipzig.

„606“ und Hektine, von Granjuso. (*Bull. méd.* 1910. Nr. 84.) G. warnt vor dem allzugrofsen Optimismus in der Beurteilung von „606“ einerseits und Hektine andererseits, der bei dem „Congrès français de médecine“ zutage getreten ist und dazu geführt hat, die Abkürzung der Frist bis zur Erteilung des Ehekonsenses zu verlangen. Nach des Autors Meinung darf man das Quecksilber nicht verlassen und darf nicht behaupten, dafs die Syphilis durch eine einmalige Injektion von „606“ oder durch die Abortivbehandlung mit Hektine sicher geheilt werde.

Richard Frühwald-Leipzig.

„606“, von Gallois. (*Bull. méd.* 1910. Nr. 84.) Nach der Meinung des Autors ist „606“ ein Mittel, dafs sich den anderen Syphilismitteln anschliefst, ohne dafs man sagen könnte, es werde sie verdrängen. Die Hoffnung auf Austilgung der Syphilis scheint es nicht zu erfüllen. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Über die Behandlung der Syphilis mit Dioxydiamidoarsenobenzol, von P. Ehrlich-Frankfurt a. M. (*Klin.-therap. Wochenschr.* 1910. Nr. 42.) Wiedergabe des in der Abteilung für Dermatologie und Syphilis der 82. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte gehaltenen Vortrags. *Schourp-Danzig.*

Der Wert von Ehrlichs „606“, von B. C. Corbus-Chicago. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 55, Nr. 17.) Nichts Neues. *Schourp-Danzig.*

Bericht über 50 mit „Ehrlich-Hata 606“ behandelte Luesfälle, von R. Polland und R. Knaur-Graz. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 43.) Die Erfolge decken sich mit den von anderer Seite berichteten; ein vollkommener Versager; in 25 von 28 untersuchten Fällen blieb der Wassermann positiv. Hypertrophische und trockene Papeln brauchen manchmal bis zu drei Wochen, bevor sie ganz verschwinden; Gummen dauern verschieden lang: manche heilen in acht Tagen, andere brauchen drei bis vier Wochen, einzelne noch viel länger. Trotzdem können die Verfasser auf Grund ihrer bisherigen Beobachtungen sagen: „Es übertrifft zweifellos an Promptheit und Intensität der Wirkung .... alle bisher üblichen Methoden der Quecksilberbehandlung.“ Besondere Störungen wurden nicht gesehen. *W. Lehmann-Stettin.*

Erfahrungen mit „Ehrlich 606“, von Julis Fürth-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr*. 1910. Nr. 43.) Behandlung von 30 Fällen; in 11 von 16 untersuchten Fällen blieb der Wassermann positiv. Störungen kamen nicht zur Beobachtung; bei Reinjektionen erfolgte keine allgemeine Reaktion und Temperatursteigerung. Mit Hg vorbehandelte Patienten ertrugen die Injektionen im allgemeinen besser als andere.

W. Lehmann-Stettin.

Syphilis mit „606“ behandelt. Rasches Rezidiv, von Barrier. (*Bull. méd.* 1910. Nr. 88.) Bei der Rekruteneinstellung kam auch ein Mann mit papulösem Exanthem und Papeln am Scrotum. Seiner Angabe nach hätte er am 9. Juli wegen seines Schankers 0,25 „606“ bekommen, worauf dieser abheilte. Am 22. Juli rezidivierte der Schanker, weswegen 0,1 „606“ eingespritzt wurde. Drei Tage später Roseola und neuerlich 0,4 „606“. Am 18. August waren die Erscheinungen verschwunden, doch traten am 20. September die jetzt bestehenden Erscheinungen auf. Diese waren refraktär gegen Protojoduret. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Okulomotoriuslähmung mit „606“ behandelt, von Pierre Marie, Léri und Barré. (*Bull. méd.* 1910. Nr. 88.) Bei einem Patienten mit rechtsseitiger Okulomotoriuslähmung wurde durch fünfwöchentliche Behandlung mit Protojoduret nur eine geringfügige Besserung erzielt. Deshalb erhielt er 0,5 „606“ und zwei Tage später war die Funktion des Nerven fast normal. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Ein Beitrag zur Wirkungsweise des Ehrlich-Hataschen Arsenpräparates, von F. Bardachzi und E. Klausner-Prag. (*Wien. klin. Wochenschr*. 1910. Nr. 44.) Blutkörperchenzählungen in sieben mit „606“ behandelten Fällen haben fünfmal bedeutende Schwankungen in der Zahl der roten Blutkörperchen, meist auffällige Vermehrung bis eine Million ergeben. Da diese Schwankungen die physiologischen weit überschreiten, ist die Annahme begründet, daſs diese rasch eintretenden Veränderungen eine direkte Folge der Einverleibung des Arsenobenzols in den Organismus darstellen. Damit stimmt überein, daſs in diesen und sieben weiteren Fällen im Harn Urobilin in vermehrtem Maſse nachgewiesen werden konnte. *W. Lehmann-Stettin.*

Über Syphilisbehandlung mit Ehrlichs Heilmittel, von G. Riehl. (*Wien. klin. Wochenschr*. 1910. Nr. 45.) „Das Ziel Ehrlichs, die Therapia sterilisans magna, welche die Spirochäten im kranken Körper zu vernichten strebt, ist bisher nicht erreicht, wie die nicht seltenen Rezidive und der Fortbestand der positiven Seroreaktion zeigen.“ „Im allgemeinen sind die Heilerfolge durch „606“ als sehr befriedigende zu bezeichnen.“ „Wenn auch die „606“-Behandlung in manchen Beziehungen und für manche Fälle die Quecksilbertherapie übertrifft, so bleiben immerhin die Indikationen für eine rationelle Quecksilberkur unberührt bestehen.“ „Gegen die Einleitung einer Präventivkur, solange weder klinisch, noch durch den Spirochätenbefund eine Infektion nachgewiesen ist, möchte ich für die Praxis Bedenken hegen.“

W. Lehmann-Stettin.

Wirkung des „606“ bei primärer und sekundärer Syphilis. Vorläufige Mitteilung von Jeanselme, Laignel-Lavastine und Touraine. (*Journ. d. pratic.* 1910. Nr. 45.) Die Verfasser haben sich gleich den deutschen Autoren davon überzeugt, daſs 606 ein äuſserst wirksames Antisyphilitikum ist. Sie haben bisher 50 Fälle von primärer und sekundärer Syphilis damit behandelt, ohne Nebenwirkungen von gröſserer Bedeutung zu beobachten; die Erfolge waren in allen Fällen, in denen die Dosen genügend groſs (0,6—0,65) waren, sehr gute, besonders bei den Initialsklerosen und den Schleimhautsyphiliden. Nur die Pigmentsyphilide schienen dem Mittel zu widerstehen, bei drei Kranken traten sogar zwei bis drei Wochen nach der Injektion Pigmentsyphilide auf.

Nicht anwendbar ist das Präparat nach Ansicht der Verfasser bei Syphilitikern mit nicht-syphilitischen Erkrankungen der inneren Organe, speziell mit Sklerose und Atherom der Arterien oder anderen Erkrankungen der Gefäfse, ferner bei Tuberkulösen, weil es auf die Vasomotoren wirkt und deshalb lokale Hyperämie und Hämorrhagien hervorrufen könnte.

Wenn sich auch nicht alle Hoffnungen, die auf das Mittel gesetzt werden, erfüllen, so halten die Verfasser doch jetzt schon für zweifellos, dafs es für die Prophylaxe der Syphilis von gröfster Bedeutung ist, da es die am meisten kontagiösen syphilitischen Manifestationen, die erodierten Syphilide, rasch zur Vernarbung bringt.

Götz-München.

Erfahrungen mit „Ehrlich 606“, von Moritz Iványi-Nagy-Becskerek. (*Wien. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 45.) Bericht über Erfahrungen an 202 behandelten Fällen; der Verfasser sah nie eine Störung des Allgemeinbefindens. Bei drei Patienten traten Rezidive auf, die auf Injektion von 0,6 und 0,7 wieder rasch zurückgingen.

Schourp-Danzig.

Nach einem Fliegenstich entstandene extragenitale Infektion, von A. Spatz-Budapest. (*Orvosok Lapja.* 1910. Nr. 45.) Auf der linken Gesichtsseite des Patienten entstand nach einem Fliegenstich ein Ulcus, in dem Spirochäten nachgewiesen werden konnten. Auch die klinischen sekundären Symptome liefsen nicht auf sich warten. Nach einer Injektion mit Ehrlich gehen sie jetzt einer Besserung entgegen.

Porosz-Budapest.

Weitere Beobachtungen über das Ehrlich-Hata-Präparat bei der Behandlung der Syphilis, von John M. Fordyce-New York. (*New York med. Journ.* 5. und 12. Nov. 1910.) F. hat nun im ganzen 40 Fälle mit Ehrlich-Hata behandelt und hält das Mittel vor allem für wirksam in den ersten Anfängen der Frühsyphilis und in Fällen, wo Hg und J versagen. Energische Lokalbehandlung, wie Exzision, Ätzung, sollen die allgemeine bei primärem Schanker unterstützen, die intravenöse Injektion von wenigstens 0,5 ist bei jungen, kräftigen Leuten vorzuziehen. Bei Krankheiten des Zentralnervensystems oder des Zirkulationsapparates sollten grofse Vorsicht geübt und nur kleine (0,2—0,4) Dosen gegeben werden. Herstellung und Anwendungsweise des Mittels sind die wichtigsten Faktoren einer erfolgreichen Behandlung. (9) Fälle von Tabes zeigten wenig Erfolg, hingegen ein Fall von Gehirnsyphilis wunderbares Resultat. Abscefsbildung oder Nekrose erlebte F. niemals, in einigen Fällen wurde die Injektion wiederholt, auch wurden zwei Rezidive beobachtet. Nur die Zeit kann die Frage entscheiden, ob die Heilwirkung des „606“, die an Schnelligkeit und Intensität dem Hg und Jod überlegen ist, auch von Dauer ist, oder ob eine mit Quecksilber und Jod kombinierte Methode der Behandlung angewendet werden soll.

Stern-München.

Über Syphilisbehandlung mit Ehrlichs Heilmittel, von Otto Kren. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 45.) Demonstration der Injektionstechnik und Vorführung von 27 Kranken in verschiedenen Stadien nach der Injektion vor praktischen Ärzten. Bericht über 123 Fälle. *W. Lehmann-Stettin.*

Das Ehrlich-Hatasche Präparat 606. (Therapia sterilisans magna.) Übersicht über eine Reihe Berichte deutscher und französischer Ärzte über die Behandlung der Syphilis mit diesem Präparat, von John Bethune Stein-New York. (*Med. Record.* 5. Nov. 1910.) Literaturübersicht. *W. Lehmann-Stettin.*

Eindrücke von der Bedeutung des Ehrlichschen Arsenobenzols für die Therapie der Syphilis, auf Grund persönlicher Bekanntschaft mit dem Stande dieser Frage in den Kliniken und Krankenhäusern Deutschlands, von Iwanow. (*Russki Wratsch.* 1910. S. 1484.) Verfasser schildert die Eindrücke seines Besuches aller

derjenigen Kliniken und Krankenhäuser Deutschlands, wo Versuche mit „606“ angestellt werden, und faſst zum Schluſs seine persönliche Ansicht dahin zusammen, daſs wir im Arsenobenzol schon jetzt ein wertvolles Hilfsmittel für die Behandlung verschiedener Fälle von Syphilis haben. *Arthur Jordan-Moskau.*

Zur Frage der Wirkung des Ehrlich-Hataschen Präparates (606) bei Syphilis, von Tschlenow. (*Medicinskoje Obosrenje.* 1910. S. 657.) In einer längeren, 44 gedruckte Seiten umfassenden Arbeit, deren einzelne Kapitel folgendermaſsen lauten: 1. die Chemotherapie der Syphilis, 2. die Angaben in der Literatur, 3. eigene Beobachtungen und 4. Schluſsfolgerungen gibt Verfasser einen erschöpfenden Überblick über die im Augenblick alles andere beherrschende Frage der Syphilisbehandlung mit 606. (Zur Vervollständigung der auſserordentlich genauen Literaturangaben sei noch eine in der *St. Petersburger medizin. Wochenschr.* sub. Nr. 41 erschienenen Besprechung derselben Frage erwähnt. Anm. des Ref.) In seinen 40 eigenen Fällen hat der Verfasser teils nach Alt, teils nach Neisser oder Blaschko, teils nach Taege injiziert und spricht sich für die intramuskulären Injektionen nach Blaschko, resp. für diejenigen nach Taege aus. In Bezug auf die Wirkung ist Verfasser der Ansicht, daſs der kombinierten Behandlung der Syphilis mit „606“ Hg und J die Zukunft gehört. Unangenehme Zufälle hat T. nicht gesehen, wohl aber Temperatursteigerungen, Erbrechen, Durchfälle, Herzklopfen und einmal vorübergehende Abnahme des Gehörs beobachtet. *Arthur Jordan-Moskau.*

Klinische Beobachtungen über die Wirkung des Ehrlich-Hataschen Präparates bei Syphilis, von Jakowlew und Grünfeld. (*Therap. Rundschau*, (russisch), 1910. S. 409.) Grünfeld macht vorwiegend Mitteilung über seine Eindrücke über „606“ in der Klinik von Prof. Neisser, wie bei Herxheimer und Wechselmann und bringt eine eigene Krankenbeobachtung. Prof. Jakowlew referiert über 38 Beobachtungen von Anwendung des Ehrlichschen Präparates bei Syphilis, die ihn zur Überzeugung brachten, daſs dieses Mittel: 1. keinen schädlichen Einfluſs ausübt, 2. von verschiedener Wirkung auf die Erscheinungen der verschiedenen Perioden der Syphilis ist, nämlich besonders gut bei Syphilis maligna wirkt, aber auch bei Syphilis gummosa stärker als Hg und Jod, dagegen auf die sekundären Erscheinungen in geringerem Grade als Hg einwirkt. *Arthur Jordan-Moskau.*

Blutuntersuchungen bei Kranken, die mit dem Ehrlich-Hataschen Präparat behandelt wurden, von Besaiss. (*Therap. Rundschau* (russisch). 1910. S. 420.) In einer vorläufigen Mitteilung sagt B., daſs seine bisherigen Blutuntersuchungen bei Kranken, die mit „606“ behandelt wurden, auſser Hyperleukocytose meist eine starke Zunahme der roten Blutkörperchen ergaben. In einem Fall von tertiärer Lues blieb die Anzahl der roten Blutkörperchen unverändert und hier hatte auch therapeutisch das Präparat versagt. *Arthur Jordan-Moskau.*

Zur Technik der intravenösen Eingieſsungen und über die Bedeutung derselben für die Behandlung mit dem Ehrlichschen Präparat „606“, von Hausmann. (*Praktitscheski Wratsch.* 1910. Nr. 45—47.) In einer längeren Abhandlung bespricht Hausmann die Gefahrlosigkeit und die Einfachheit der intravenösen Eingieſsungen, zu denen sich die Ärzte nur aus dem Grunde nicht entschlieſsen, weil sie nicht mit der Technik derselben bekannt sind. Er empfiehlt die intravenöse Eingieſsung mit einem nach seinen Angaben von der Firma Schwabe in Moskau hergestellten Apparat vorzunehmen, der auf dem Prinzip der Grawitzschen Punktion beruht, aber aus einigen Nadeln, einem Nadelhalter und einem Schlauchansatz besteht. H. hat das Arsenobenzol in 17 Fällen angewandt, darunter zehnmal nur in die Vene eingegossen, dreimal mit nachfolgender subcutaner Injektion, dreimal bloſs subcutan injiziert und in einem Fall zweimal intravenös eingeführt (das zweitemal sechs Wochen

später). Außer den gewöhnlichen Nebenerscheinungen hat H. keine unangenehmen Zufälle erlebt. Er ist mit dem Erfolg zufrieden und hat bisher keine Rezidive gesehen.

Arthur Jordan-Moskau.

Zur Frage der Anwendung des Arsenobenzols bei Erkrankungen des zentralen Nervensystems, von BABIKOW.

46 Fälle, wo „606" angewandt wurde, von AWERBUCH.

Das EHRLICH-HATAsche Präparat „606" bei Syphilis, von SCHIELE.

15 Beobachtungen über die Wirkung des Arsenobenzols (vorzugsweise bei intravenöser Anwendung desselben), von BITNI-SCHLJACHTO.

Beobachtungen über die Wirkung von „606" bei Syphilis, von BREWENER.

Über die Behandlung der Syphilis mit dem EHRLICH-HATAschen Präparat „606", von SPRINGENFELD. (*Wratschebnaja Gaseta.* 1910. Nr. 47.) Die Ende November erschienene Nr. 47 der Zeitschrift *„Wratschebnaja Gaseta"* ist speziell dem Präparat „606" gewidmet und bringt eine Reihe von Arbeiten über diese Frage. BABIKOW berichtet über sechs Fälle von Erkrankungen des Zentralnervensystems, von denen zwei, wo die luetische Ursache der Erkrankung sicher war, gut, die übrigen vier wenig oder garnicht durch „606" beeinflußt wurden. Ein größeres Material, 46 Fälle, und eine längere Beobachtungszeit (vier Monate) standen AWERBUCH zu Gebote und wenn er sich auch noch nicht definitiv über „606" aussprechen will, erscheint ihm doch schon sicher, daß wir in dem EHRLICHschen Präparat ein unersetzbares Mittel gegen Syphilis besitzen, welches in vieler Hinsicht das Quecksilber überragt. SCHIELE hat bisher nur in zehn Fällen „606" eingespritzt und stützt sich daher mehr auf die Angaben in der Literatur und auf das in Berlin bei WECHSELMANN und TOMACZEWSKI Gesehene. BITNI-SCHLJACHTO hat in seinen 15 Fällen größtenteils, nach den Angaben HAUSMANNS, intravenös eingespritzt und beschreibt diese Fälle, ohne sich ein kritisches Urteil, bei der geringen Anzahl derselben, zu erlauben. BREWENER ist auf Grund von 27 Injektionen bei 26 Kranken zu folgenden Schlußfolgerungen gelangt:

1. in dem Präparat „606" besitzen wir ein wichtiges, dem Quecksilber in seiner Wirkung nicht nachstehendes Mittel im Kampf gegen die Syphilis;
2. der Umstand daß eine Einspritzung „606" einem vollen Hg-Kursus entspricht, gibt allein schon diesem Präparat einen großen Wert;
3. die Wirkung des „606" ist aber keine absolute, denn neben günstig behandelten Fällen von Syphilis gibt es auch weniger günstig beeinflußte, so daß
4. die bisherigen Dosen weder eine volle Heilung hervorrufen, noch vor Rezidiven schützen und somit
5. die alten Mittel noch nicht ihre Bedeutung verlieren.

SPRINGENFELD beschränkt sich auf eine literarisch kritische Betrachtung.

Arthur Jordan-Moskau.

EHRLICHs Arsenobenzol, dessen Technik und Indikationen zum allgemeinen Gebrauch, von ABR. L. WOLBARST-New York. (*New York med. Journ.* 12. Nov. 1910.) W. empfiehlt folgende Art der Darstellung als die wirksamste und einfachste: Mit einer Glaspipette werden 10 ccm heißen destillierten Wassers in einem Glasmörser von 50 ccm Inhalt gebracht, dazu wird langsam unter ständigem Umrühren das Pulver (Arsenobenzol) zugegeben, bis es völlig gelöst ist; mit einer anderen Pipette gibt man zu dieser bernsteingelben, klaren Flüssigkeit tropfenweise eine 4%ige Natronlauge (etwa 0,5 ccm auf je 1 dg des Arsenobenzols): zuerst bildet sich eine dicke, gelatinöse Masse, aus welcher durch weiteren Zusatz von Natronlauge das präzipitierte Pulver verschwindet und eine ganz klare, stark alkalische Flüssigkeit entsteht. Um diese stark schmerzende Lösung nahezu neutral und dadurch möglichst wenig schmerzhaft zu machen, fügt man vermittels einer dritten Pipette eine 1%ige Lösung von Essig-

säure (in sterilem Wasser) zu, stets mit Lackmuspapier nachprüfend. Wenn die Alkaleszenz auf ein Minimum reduziert ist, wird genügend destilliertes Wasser zugefügt, um 20 ccm zu erhalten, und werden 10 ccm jederseits ins Gesäfs injiziert. Der Patient sollte nach der Injektion eine halbe Stunde liegen, dann ein bis zwei Tage im Bette bleiben und wenigstens acht, noch besser 14 Tage lang unter ärztlicher Aufsicht sein. Höchst wichtig ist, dafs alles, was zur Herstellung der Lösung und zur Injektion dient, streng antiseptisch behandelt wird, dafs der Operateur seine Hand sorgfältig wäscht und einen sterilen Handschuh trägt und die Lösung erst unmittelbar vor Bedarf angefertigt wird. W. kommt zu dem Schlusse, dafs nach dem gegenwärtigen Stande dieses Arsenobenzol nur in Fällen angewendet werden darf, welche durch ihre Art und Intensität eine herrische Behandlung erheischen, und nur nach sorgfältigem Studium der Technik und Methode der Einverleibung.

Stern-München.

Traumatische Entzündungen.

Beitrag zur Kasuistik der lokalen und allgemeinen Veränderungen beim Tode durch Verbrennung, von Raysky-Tomsk. (*Virchows Archiv f. path. Anatom.* Bd. 201, Heft 2) Ausführliche Darstellung eines Falles von Verbrennungstod durch eine Stichflamme. Aufser Verbrennungen ersten bis dritten Grades an der ganzen Körperoberfläche fanden sich pseudomembranöse Entzündung der Trachea und der Bronchien und geringe parenchymatöse Degeneration der Nieren. Diese degenerativen Veränderungen sind nur Begleiterscheinungen; die Hauptrolle am letalen Ausgang spielt ein noch unbekannter toxischer Faktor, der die Nervenzentren schädigt.

Schourp-Danzig.

Wie behandelt man Brandwunden? Von A. Fischer-Budapest. (*Bör-és Bujakórtan, Beiblatt der Orvosi Ujság.* 1910.) Wo das Stahlsche Linimentum (Aq. calcis, Ol. lini aa) nicht angewendet wird, gebraucht man Borsalbe und sonstige mit antiseptischen Mitteln angefertigte Salben. Vom Gesichtspunkte der modernen Behandlung ist dies ganz verfehlt und schädlich. Von einem Verband wird verlangt, dafs er Wundsekret ableite und somit eine Vermehrung der Bakterien im Sekret und an der Oberfläche der Wunde verhindere. Mit Salben durchtränkter Verbandstoff habe überhaupt keine aufsaugende oder sekretableitende Fähigkeit. Unter der Fettschicht stockt das Sekret und die Bakterien vermehren sich. Daher kommt es, dafs unter Verbänden mit Salben die Brandwunden sehr empfindlich sind und sehr intensive Schmerzen verursachen; die Wundoberflächen sind mit eitrigem Belag bedeckt. Ist die verbrannte Fläche etwas gröfser, stellt sich bei den Patienten bedeutendes Fieber ein. Sie haben keinen Appetit, nehmen ab und der Heilungsprozefs geht langsam von statten. Die Anwendung der eintrocknenden hygroskopischen Pulver geht davon aus, dafs das angewendete Mittel die Absonderung der Oberfläche rasch entzieht und so das Trocknen der Oberfläche, wie auch die Heilung, rasch erfolgt. In Gebrauch sind Zinkoxyd, Tanninum purum alcoholicum, Salicylsäure mit Talcum, Xeroform, Bismutum subnitricum und in neuester Zeit Gips usw. Das Pulver saugt einen Teil der Absonderung auf, bildet aber damit zugleich eine Kruste, die teils an der Wunde, teils an dem Verbandzeug haftet. Damit hört aber auch selbstredend die weitere Fähigkeit, Flüssigkeit abzuleiten und zu trocknen auf und weiterhin stockt die Absonderung ebenso, wie unter den mit Salben versehenen Verbänden. Das Entfernen der Kruste ist sehr peinlich und unangenehm, für den Kranken und den Arzt gleichmäfsig ermüdend. Dieselbe Bewandnis hatte es mit dem neuempfohlenen Gipspulver, mit dem in der Abteilung des Verfassers an 15 Fällen Versuche angestellt wurden. Auch die

mit Bismutum subnitricum[1] angefertigten Verbände haben dieselben Nachteile und seine Anwendung ist schon deshalb nicht empfehlenswert, weil bei ausgedehnteren Brandwunden Bismutum sehr gefährliche Vergiftungen hervorruft. Auch Acidum pikronitricum verursacht Vergiftungen. Die mit eintrocknenden Pulvern versehenen Verbände haben nur ausnahsweise einen guten Erfolg, wenn man nämlich nur mit Brandwunden ersten Grades oder mit sehr kleinen Blasen zu tun hat und man die weitere Blasenbildung verhindern will. In solchen Fällen verwendete Verfasser Tanninum purum alcoholicum mit Erfolg. Die Anwendung sah ich zuerst bei E. Wein. Nach Tschmarke hat die rationelle Behandlung der Brandwunden drei Aufgaben zu lösen: 1. die Verringerung der Schmerzen, 2. die möglichst rasche Epithelbildung, 3. die Verhinderung einer Infektion. Deshalb müssen Brandwunden so behandelt werden, wie jede andere frische Verletzung, d. h. die Wunde mufs aseptisch gemacht und in diesem Zustande erhalten werden. Nach einer gründlichen Reinigung und Desinfektion des ganzen verbrannten Körperteiles legt Verfasser einen Jodoformgazeschleier in einer Schicht möglichst glatt auf die Wunde. Dann legt er sterile Mullschichten und Holzwolle darüber, und das Ganze behandelt er mit steriler Watte. Dieser Verband wird erst gewechselt, wenn Flüssigkeit durchsickert. Die äufseren Schichten müssen entfernt werden, während die mit der Wunde in Berührung kommenden unberührt bleiben, um den Patienten keine überflüssigen Schmerzen zu verursachen. Da die Reinigung der Wunde einen schmerzhafte Prozedur ist, soll sie nach Tschmarke in schwereren Fällen in der Narkose vorgenommen werden. Bei diesem Verfahren hören die Schmerzen nach dem Anlegen der Verbände bald auf. Die Epithelbildung tritt sehr rasch ein, so dafs auch sehr ausgedehnte Brandwunden oft unter einem Verbande in 8—14 Tagen heilen. Wein reinigt die Umgebung der Brandfläche gründlich, entfernt die Blasen, so auch die Epithel und die gallertartigen, klebenden Transsudatteile. Dann wäscht er die ganze Fläche mit Äther, sodann mit einem Handtuch ab, und schliefslich schabt er sie mit einem scharfen Löffel. Die so gereinigte Fläche bedeckt er sodann mit einem in Sublimatlösung getauchten Guttaperchapapier, über das er einen grofsen antiseptischen Verband legt. Den Verband wechselt er nach 6—8 Tagen. Brandwunden zweiten Grades waren zumeist geheilt. Bei den beiden Verfahren kann sich unter der Gazeschicht bzw. dem Guttaperchapapier keine Retention einstellen. Um den Tschmarkeschen Anforderungen gerecht zu werden, kam Verfasser bei der Behandlung der Brandwunden auf die Idee, Dunstverbände anzulegen. Die ständige gleichmäfsige Temperatur der Verbände und der durch sie hervorgerufene Ruhezustand ist sehr geeignet, die Reizzustände der Haut zu mildern. Unter diesen Verbänden mildern sich die Reize und damit die Schmerzen und die Exsudation. Sie leiten die Wundabsonderung am sichersten ab und verhindern so deren Stauung und die Vermehrung der Bakterien. Der trockene Verband saugt die Flüssigkeit rasch auf und die Wasserbestandteile der Absonderung verdunsten auf der ganzen grofsen Fläche sehr schnell. In den Verbandstoffteilen, welche mit der Wundfläche in Berührung kommen, lösen sich die Eiweifs- und Salzbestandteile der Absonderung in Form einer gummiartigen Schicht ab. Diese Schicht verhindert dann die weitere Ableitung, kurz es tritt Stockung der Absonderung ein. Nasse Dunstverbände leiten langsamer, aber gleichmäfsiger das Wundsekret ab und unter dem Verbandstoff kann keine Stockung eintreten, die Bakterien können sich nicht vermehren und so wird die Infektion verhindert. Die infektions- und reizfreie

---

[1] Die Mehrzahl der deutschen Ärzte, die die Bardelebensche Wismutbrandbinde mit gutem Erfolge zu verwenden pflegt, dürfte wohl kaum mit diesem Urteil übereinstimmen. Die Redaktion.

Wundfläche zeigt bald Epithelbildung, die rasch fortschreitet. Bei der Behandlung der Brandwunden entfernt Verfasser die Blasen, was bei gehöriger Vorsicht, wenn man mit dem Instrument das nakte Corium nicht berührt, keine Schmerzen verursacht. So entfernt Verfasser auch die Epithelreste. Dann legt er auf die ganze Fläche nasse Gaze und legt darüber mit nasser Brunswatte und Guttaperchapapier einen regelrechten Dunstverband an, so dafs die undurchlässige Schicht die Gaze- und Watteschichten genau bedeckt bzw. über diese hinausragt. Gaze und Watte wird mit Borwasser, verdünnter Burowlösung befeuchtet. Bei gröfseren Brandwunden ist sterile physiologische Kochsalzlösung empfehlenswerter. Nach 6—8 Tagen sind die Brandwunden zweiten Grades geheilt. Auch die verbrannten Hautteile dritten Grades werden rasch und ohne jede Reaktion abgestofsen. Verbandwechsel jeden zweiten Tag.

Poross-Budapest.

Behandlung von Brandwunden, von H. L. Fancher-Sewanee. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 55, Nr. 1.) F. verlangt die Anwendung der Prinzipien der Chirurgie bei Wundbehandlung. Zu Umschlägen empfiehlt er Pikrinsäure in folgender Lösung:

Acid. picrin.	4,0
Alcohol	64,0
Aquae	72,0

Schourp-Danzig.

Über die Brandwunden und speziell ihre Behandlung, von Thiéry - Paris. (*Gaz. d. hôp.* 1910. Nr. 95.) Empfehlung der Pikrinsäure in Bädern und Umschlägen.

Gunsett-Strafsburg.

Behandlung der Verbrennungen mit Jodtinktur, von Descomps. (*Presse méd.* Nov. 1909.) D. pinselt bei Verbrennungen die Haut rings um die verbrannten Stellen mit Jodtinktur, dabei dem Rand der Verbrennungen genau folgend; dann pinselt er auch die verbrannten Stellen selbt, indem er jeweils nur kleine Stellen betupft und bei zu grofser Schmerzhaftigkeit die Jodtinktur verdünnt. Nach seinen Erfahrungen pflegt die Heilung rascher einzutreten. *W. Lehmann-Stettin.*

Die Röntgendermatitis als Gewerbekrankheit, von Decio Cesare. (*Ramassini.* III. Jahrgang. Nr. 10—12.) Der Verfasser bespricht alle Schäden, welche Ärzte und Arbeiter, die mit Röntgenstrahlen umzugehen haben, befallen können, und wünscht für Italien eine gesetzliche Regelung der Beaufsichtigung der Röntgenbetriebe durch ärztliche Inspektoren und eine gesetzliche Feststellung der Entschädigungsansprüche der Betroffenen. *Gunsett-Strafsburg.*

Die pathologische Histologie der chronischen Röntgendermatitis und des beginnenden Röntgencarcinoms, von S. B. Wolbach-Montreal. (Fünfter Bericht der „Cancer Commission of Harvard university".) W. hat Gelegenheit gehabt in sechs Fällen eingehende histologische Untersuchungen vorzunehmen und die verschiedensten Stadien vom Übergang der benignen Röntgenveränderung bis zum ausgebildeten und metastasierten Carcinom zu untersuchen. Bei den Untersuchungen, die eine gewissermafsen geschlossene Kette der Röntgenveränderungen geben, hat sich als Hauptcharakteristikum ergeben, das bei genügend starken Schädigungen nie eine vollständige Weiterherstellung im Gewebe Platz greift. Die Wichtigkeit dieses dauernd aktiven Prozesses erhellt besonders daraus, dafs selbst in Fällen, bei denen die letzte Röntgenbestrahlung jahrelang zurücklag, dauernd degenerative und reparative Prozesse im Gewebe im Gange sind und nicht nur im Corium, sondern auch in den Gefäfsen, wie der Befund von jungen Fibroblasten in der Media von Arterien zeigt. Die reparativen Vorgänge sind stets unvollkommen, so dafs die degenerativen im grofsen und ganzen Überhand gewinnen, wie sich in nekrotischen Herden, in der Atrophie (auch der drüsigen Anhänge) und der Verdrängung von Fettgewebe durch Bindegewebe zeigt.

Die sehr interessanten ausführlichen Darlegungen eignen sich nicht zum Referat und müssen von Interessenten im Original eingesehen werden. 23 sehr gute Reproduktionen auf 4 Tafeln. *W. Lehmann-Stettin.*

Die Behandlung der chronischen Röntgendermatitis mit flüssiger Kohlensäure, von W. Mayer-Basel. (VI. Kongreſs. Deutsch. Röntgengesellschaft.) M., der selbst ein Opfer der Röntgendermatitis ist, hat während einer langen Leidenszeit alle möglichen Heilverfahren an sich ausprobieren lassen. Er hat nun, als er von der Behandlung der Epitheliome und Naevi mit Kohlensäureschnee hörte, zwei kleine Versuche zur Entfernung von Verhornungen gemacht, die sich trotz Abschälung mit Messer, Salicyl- und Fibrolysinpflaster stets wieder neu bildeten. Diese Versuche fielen so befriedigend aus, daſs er sich sogar entschloſs, schmerzhafte Ulzerationen, die immer und immer wieder aufgebrochen waren, mit Kohlensäure zu behandeln. Er hat den hartgefrorenen Kohlensäureschnee bis zu 60 Sekunden einwirken lassen und recht gute Erfolge erzielt. Im ganzen war das Verfahren schmerzlos, nur stellten sich bei der durch längere Applikation erzeugten starken Reaktion manchmal sehr heftige Schmerzen ein, die aber ohne Nachteil durch Auflegen von Anästhesin- oder Propäsinsalbe gemildert und erträglich gemacht werden konnten. An den Vortrag schlieſst sich eine ausgedehnte Diskussion über die Behandlung der chronischen „Röntgenhand" mit ihren Komplikationen; dabei wird auch von Besserungen berichtet, die im Anschluſs an septisches Ekzem erfolgte. *W. Lehmann-Stettin.*

Die chirurgische Behandlung des Röntgencarcinoms und anderer schwerer Röntgenveränderungen auf Grund eines Studiums von 47 Fällen, von C. Porter-Boston. (Fünfter Bericht der „Cancer Commission of Harvard university".) P. hat 13 Fälle selbst beobachtet und teilweise selbst operiert, deren Krankengeschichten er zugleich mit 34 aus der Literatur gesammelten Fällen eingehend berichtet. Auf Grund seiner reichen Erfahrung betont er die Notwendigkeit einer höchst sorgfältigen bzw. radikalen Behandlung beginnender Röntgenveränderungen; er hat alle Stadien von einfacher Entzündung bis zu schlieſslicher carcinomatöser Degeneration beobachtet und hat nur wenige Fälle gesehen, in denen sich anfängliche Veränderungen von selbst wieder zurückgebildet haben, während in den meisten Fällen es unaufhaltsam zur malignen Entartung gekommen ist. Nur wenn innerhalb der ersten drei Monate eine entscheidende Behandlung entstandener Ulcerationen Platz gegriffen hat, ist die Krebsgefahr eine relativ geringe zu nennen, in jedem anderen Falle ist die Malignität, Gefahr der Rezidive und Metastasierung eine ungewöhnlich groſse. Das Weiterarbeiten auf dem Röntgengebiete ist nur bei beginnenden Veränderungen und unter Sorge für absolut vollkommenen Schutz, unter Anwendung aller modernen Protektivmaſsregeln, zu gestatten. Ulcerationen sind auch, ohne daſs sich Zeichen beginnender maligner Degeneration bemerkbar machen, zu exzidieren, so bald sich eine „Demarkationslinie" gebildet hat; Transplantation ist plastischen Operationen vorzuziehen. Keratosen, von denen in erster Linie Epitheliome auszugehen pflegen, sind zu exzidieren, bei dem geringsten Verdacht auf beginnende Malignität mit der Umgebung und in der ganzen Dicke der Haut.

Unter den auſserordentlich schweren Fällen, die P. auch von Ärzten berichtet, sind bereits einige Todesfälle, ohne daſs das im letzten Jahre bekannt gewordene traurige Ende einiger deutscher, englischer und amerikanischer Röntgenologen mit inbegriffen wäre. *W. Lehmann-Stettin.*

Über eine professionelle Hautkrankheit der bei der Reisernte beschäftigten Arbeiter, von Umberto Mantegazza-Pavia. (*Ramazzini.* 3. Jahrgang. Nr. 5.) Die Krankheit besteht in einem erythemato-pruriginösen Hautausschlag mit tiefer Infiltration, Vesikeln und Phlyktaenen, welcher am häufigsten das (bei der Arbeit

des Reispflückens nach vorn geschobene) linke Bein und die rechte Hand der Reisarbeiter befällt. Der Ausschlag ist übrigens unschuldiger Natur, verschwindet nach Aufhören der Reisernte schnell und tritt nur in denjenigen Reisplantagen auf, in denen ein Unkraut „Najas minor" wächst, dessen Blätter am Rande kleinste Stacheln enthalten, die leicht abbrechen und in die Haut der Arbeiter eindringen.

Gunsett-Strafsburg.

Ein klinischer Vortrag über Dermatitis artefacta, von N. Walker-Edinburgh. (*Brit. med. Journ.* 23. Juni 1910.) Der Bericht umfafst instruktive Erfahrungen, bei einigen Fällen von absichtlich erzeugten Hautläsionen. Der eine Fall wurde klargelegt durch geschickte Verleitung zum Erzeugen von Läsionen an bestimmten Stellen bei Gelegenheit einer Vorstellung in der Klinik; bei einem anderen Falle wurde die Patientin überrascht, wie sie mit Salpetersäure sich gerade bearbeitete, und eine dritte Patientin konnte erst nach langwieriger Beobachtung und nach Aufnahme ins Krankenhaus überführt werden, als man bei ihr im Taschentuch versteckt ein Fläschchen reiner Karbolsäure entdeckte. Die Art der Läsionen ist an drei farbigen Abbildungen dargelegt. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ein Fall von Dermatitis artefacta, von R. O. Adamson-Glasgow. (*Brit. med. Journ.* 2. Juli 1910) Eine junge, hübsche, muntere Dame, Tochter wohlhabender Eltern, wurde vom Verfasser mehrere Monate lang an einer nässenden Dermatitis des Gesichts und schliefslich des ganzen Körpers behandelt. Von dermatologischen Spezialisten wurde sogar die Diagnose Dermatitis herpetiformis gestellt. Als auf den Rat eines anderen Dermatologen die Patientin in einem Krankenhaus untergebracht wurde, entdeckte man, dafs die Patientin die Läsionen mit einem rauhen Stückchen Bimstein hervorrief. Später suchte die Patientin sich interessant zu machen, indem sie Blutbrechen markierte und wiederum durch Vortäuschung von wochenlang anhaltender Obstipation. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Erythem durch Gebrauch von Balsamicum peruvianum, von H. H. Hazon-Washington. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 54. Nr. 22.) Ein Tripperkranker reibt wegen Krätze Perubalsam ein; es entsteht eine schwere Dermatitis, die nach Aussetzen der Einreibungen schnell abheilt. *Schourp-Danzig.*

Ein Fall von Orthoform-Dermatitis, von Shigehiko Yauchi-Osaka. (Mitteil. d. Med. Ges. zu Osaka 1909.) Orthoformanwendung bei Herpes am Penis führte zur Bildung eines die Vorhaut umkreisenden flachen Geschwüres. Verfasser konnte eine ähnliche Erscheinung am eigenen Arm nach vorheriger Hautreizung durch Kantharidinpflaster erzeugen. *Arthur Schucht-Danzig.*

Über die durch Paraphenyldiamin bei der kosmetischen Haarfärbung erzeugten Hautkrankheiten, von Pecori. (*Morgagni.* 15. Juli 1910.) Der Verfasser geht zuerst auf die lokale und allgemeine Toxizität dieses Präparats ein und verlangt ein Prohibitivgesetz gegen den Verkauf derselben in Italien. *Gunsett-Strafsburg.*

Primula-Dermatitis, von O. H. Foerster-Milwaukee. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 51. Nr. 8.) Klinische Studie über die Dermatitis durch Primula obconica. Nichts Neues. *Schourp-Danzig.*

Dermatitis durch Aristol, von Henry H. Anisden-Concord. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 54. Nr. 25.) Wegen oberflächlicher Hautrisse am Perineum wurde bei einer jungen Frau Aristol zum Aufstreuen verwandt; es trat nach 24 Stunden eine Dermatitis auf, welche unter heftigem Jucken über den ganzen Körper ging. Nach Fortlassen des Aristol trat schnelle Abheilung ein. *Schourp-Danzig.*

Zwei Fälle von leichter Gangrän nach Anwendung der Grossichschen Desinfektionsmethode, von Hindenberg-Strelitz i. M. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 27.) In beiden Fällen handelte es sich um frische Schnittwunden an den

Zehen, welche mit einem Jodstrich und exaktem Verband behandelt wurden. Nach zwei Tagen fanden sich beim Verbandwechsel die Wundränder gerötet und geschwollen, und am fünften Tage wurde eine oberflächliche Gangrän konstatiert, die aber ohne wesentlichen Nachteil abheilte. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Neurotische Entzündungen.

Ein Fall von Dermatitis herpetiformis Duhring nach der Darierschen Methode behandelt, von Deglume und Dujardin. (*Journ. méd. de Brux.* 1910. Nr. 20.) Die Behandlung (Injektionen von physiologischer Kochsalzlösung und Arsen) mufste wegen jedesmaliger Temperatursteigerung bei der Applikation unterbrochen werden. Jedoch war jedesmal eine Abnahme der Blasen zu konstatieren.

Gunsett-Strafsburg.

Beziehungen einer nicht beschriebenen Form von Neurodermitis mit Psoriasis, von Dujardin-Brüssel. (*Journ. méd. de Brux.* 1910. Nr. 21.) Diese Form der Neurodermitis zeigt drei Hauptmerkmale: Erstens ist die Primäreffloreszenz perifollikulär, die Plaque entsteht durch Konfluenz dieser Elemente. Zweitens ist sie immer an der Fibula 10 cm oberhalb des Malleolus lokalisert und drittens zeigt sie einen psoriasiformen Habitus von Anfang an. An einem Patienten konnte der Verfasser auch nachweisen, wie sich eine solche Plaque direkt in typische Psoriasis verwandelte. *Gunsett-Strafsburg.*

Beitrag zur Behandlung des Ulcus perforans pedis mit der Ischiadicus-Dehnung, von Antonio Fontana. (*Riforma med.* 1910. Nr. 29.) Mitteilung von vier Fällen, in denen diese Behandlung von Erfolg gekrönt war.

Gunsett-Strafsburg.

Prurigo simplex oder Urticaria chronica; daran anschliefsende Narbenbildung, von Dubois Havenith. (*La Policlinique.* Brüssel 1910. Nr. 11.) Vorstellung eines Falles in der belgischen Gesellschaft für Dermatologie und Syphilis. Die Primäreffloreszenz glich am meisten derjenigen der Brocqschen Prurigo simplex. Aufserdem traten im Verlauf der Krankheit öftere Urticariaschübe auf, welche aufgekratzt wurden und Narben hinterliefsen. *Gunsett-Strafsburg.*

Epidermolysis bullosa congenita, von Philipp Kanoky und Richard L. Sutton-Kansas. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 54. Nr. 14.) Fall eines dreijährigen Mädchens, bei dem das Leiden mit dem zweiten Lebenstage begann.

Schourp-Danzig.

Herpes zoster bilateralis, von Henry Rockwell Varney und R. C. Jamielson-Detroit. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 55. Nr. 5.) Es handelte sich um einen 47jährigen Mann mit Herpes zoster lumbalis, der zuerst auf der rechten Seite auftrat und dann auf der linken Seite symmetrische Eruptionen aufwies. *Schourp-Danzig.*

Akute Exantheme.

Tausend Fälle von Scharlachfieber im Blegdamspital behandelt, von Heiberg. (*Zeitschr. f. Hyg. u. Inf.* Bd. 65, Heft 2.) Statistischer Bericht über eine Ende der 90er Jahre in Kopenhagen stattgehabte Scharlachepidemie.

Haas-Hamburg.

Anormale Scharlacherkrankungen, von William Thomas Corlett und Harold Newton Cole-Cleveland. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 55, Nr. 3.) Beschreibungen von drei Epidemien von Scharlach, welche durch die Leichte der Infektion und durch den günstigen Verlauf ausgezeichnet waren. *Schourp-Danzig.*

Die Letalität des Scharlachfiebers in Dänemark während der Jahre 1850 bis 1890, von Heiberg. (*Zeitschr. f. Hyg. u. Inf.* Bd. 66, Heft 2.) Bringt eine Reihe Statistiken, aus denen hervorgeht, daſs die Letalität des Scharlachs in Dänemark im allgemeinen sich nicht vermindert hat. *Haas-Hamburg.*

Scharlach, dessen Übertragungs- und Verbreitungswege und -ursachen, von Jacob Sobel-New York. (*New York med. Journ.* 1. Okt. 1910.) S. kommt in dieser zusammenfassenden Betrachtung zu folgenden Schluſsfolgerungen: 1. Die Belehrung des Publikums durch Mütterabende, öffentliche Vorträge, Zeitungsartikel über Scharlach und dessen Übertragungsfähigkeit, auch bei milden Formen, woraus bei anderen schwere Fällen entstehen könnten, ist in erster Linie zu empfehlen. 2. Isolierung verdächtiger Fälle und deren Beobachtung 21 Tage hindurch vom Anfang an. 3. Sofortige Anzeige aller Fälle, wo irgendein Glied der Familie, bei welcher Scharlach herrscht, Milch verkauft oder mit Milch irgendwie beschäftigt ist. 4. Entfernung aller Hunde und Katzen, die irgendwie in direkte Berührung mit dem Kranken kommen könnten und erst wieder nach peinlicher antiseptischer Reinigung zurückkommen dürfen. 5. Sind Fälle von Scharlach in einem Klassenzimmer vorgekommen, sei es im Früh- oder im Abschuppungsstadium, so ist dessen Desinfektion anzuordnen, ebenso jene der Schul-, Hausbücher, des Spielzeugs usw. 6. Jede Klasse sollte an leicht sichtbarer Stelle eine Tafel mit Namen und Adresse aller Kinder, in deren Familie eine Infektionsgefahr vorhanden ist, haben; wenn sie wieder mit ärztlicher Erlaubnis in die Schule kommen, sind ihre Namen zu streichen. 7. Einölen des Körpers mit Petroleum, Lanolin- oder Ichthyolsalbe von Beginn der Abschuppung an und fleiſsige warme Bäder werden die von dieser Seite drohende Gefahr abmindern. 8. Desinfektion der infizierten Räume, ebenso wie aller Bettstücke, die der Scharlachpatient benutzt hat. 9. Frühzeitige Behandlung vergröſserter Tonsillen, adenoider Wucherungen, kariöser Zähne und von Nasenrachenkatarrhen. 10. Eiteriger und anderer Ausfluſs aus Ohr, Nase, Rachen und infizierten Drüsen muſs antiseptisch behandelt, mit Wattebäuschchen entfernt und diese müssen verbrannt werden; solcher Ausfluſs ist als wirksame Ansteckungsquelle anzusehen, bis er völlig geheilt ist. 11. Da wir wissen, daſs der Scharlachkeim von groſser Hartnäckigkeit und Lebensdauer ist und sich lange in Kleidungsstücken und schlecht gelüfteten Räumen halten kann, so muſs im Krankenzimmer für reichliche Luftzufuhr, nicht zu hohe Temperatur und viel Sonnenschein gesorgt werden. 12. In keinem Hause, wo Scharlach herrscht, soll eine Schutzpockenimpfung vorgenommen werden. 13. Strenge Maſsnahmen sollen in jenen Fällen ergriffen werden, wo es sich um Verheimlichung von Scharlach handeln sollte. 14. Den Stadtverwaltungen muſs mit allem Nachdruck nahe gelegt werden, genügend Geldmittel für sanitäre Zwecke bereit zu stellen, damit eine hinreichende Anzahl von Sanitätsinspektoren und Desinfektoren für die strenge Ausführung aller notwendigen Maſsnahmen zur Verfügung stehen. *Stern-München.*

Der Streptococcus der Scarlatina und die Komplementbindungsreaktion, von Ch. Foix und Et. Mallein. (*Presse méd.* 1910. Nr. 25.) Das Serum der Scarlatinösen enthält Antikörper, welche gegen die für Scarlatina spezifische Streptokokkenart gerichtet sind und die man, sei es aus dem Blut, sei es aus dem Rachen, leicht isolieren kann. Diese Antikörper können in 83% der Fälle nachgewiesen werden. Gegenüber den Scarlatinastreptokokken ist die Komplementbindungsreaktion bei anderen Streptokokkenerkrankungen, z. B. Erysipel, vollständig negativ. Ebenso fehlt die Reaktion bei der Scarlatina anderen Streptokokken gegenüber, speziell denjenigen des Erysipels gegenüber. Der Scarlatinastreptococcus ist deshalb, wie schon Moser und Gabritchewski annahmen, für Scarlatina spezifisch. *Gunsett-Straſsburg.*

Über die Kontagiosität der Scarlatina, von G. Affiani. (*Gazz. d. Osp. e d. Clin.* 5. Maggio 1910) Eine literarische Studie, aus der die Kontagiosität der Scarlatina in allen Stadien hervorgeht. *Gunsett-Strafsburg.*

Zur Frage der Kontagiosität des Scharlachfiebers, von Felix v. Szontagh-Budapest. (*Arch. f. Kinderheilkde.* Bd. 54, Nr. 1—3.) Sz. zieht Parallelen zwischen Scharlach einerseits und der eitrigen Mandelentzündung und der puerperalen Sepsis andererseits. Nach seiner Ansicht ist in der Lehre vom Scharlachfieber die Kenntnis von den Bedingungen von gröfserer Wichtigkeit als die des Giftes selbst. Hierzu sind die Aussichten zurzeit nicht sehr ermutigend. *Schourp-Danzig.*

Scharlachschuppen und Kontagiosität. (Bakteriologische Untersuchungen und klinische Bemerkungen), von A. Renaud. (*Revue méd. de la Suisse romande.* 1910. Nr. 3.) Der Autor fand unter 20 untersuchten Fällen nur zweimal den in neuerer Zeit als Scharlacherreger angenommenen Streptococcus in den Schuppen. Hingegen war derselbe konstant im Nasenrachenschleim auch nach der Desquamation zu finden. Der Verfasser schliefst daraus, dafs die Schuppen nicht kontagiös sind, dafs sie es höchstens ausnahmsweise einmal werden können, wenn sie mit dem hochinfektiösen Nasenrachenschleim in Berührung gekommen sind. *Gunsett-Strafsburg.*

Scharlachinfektionen auf der Diphtheriestation der Universitätskinderklinik zu München vor und nach Einführung der Serumtherapie, von Franz Bauer. (Inaug.-Dissert. München 1910.) Die Arbeit eignet sich nicht zu einem kurzen Bericht. *Fritz Loeb-München.*

Das proteolytische Ferment in den scarlatinösen Exsudaten, von Guido Guidi-Florenz. (*Pathologica.* 1910. Nr. 44.) Aus den Versuchen des Verfassers geht hervor, dafs das scarlatinöse Exsudat in viel spärlicherem Mafse proteolytische Fermente enthält als das diphtherische. Dies stimmt auch mit dem mikroskopischen Befund überein, wonach diphtheritische Membranen in grofser Menge polynukleäre Leukocyten enthalten, die durch Degenerationsprozesse alteriert, aber reich an proteolytischen Fermenten sind, während die Pseudomembranen der Scarlatina viel weniger Leukocyten enthalten, hingegen reicher an Schleim und Blut sind.

Gunsett-Strafsburg.

Scharlachrezidive, von A. Fritz-Budapest. (*Gyermekorvos,* Beiblatt vom *Budapesti Orvosi Ujság.* 1910. Nr. 1.) Fritz referiert über einen Fall von Scharlachrezidiv. Nach Bókay versteht man unter Scarlatinrezidiven jene Fälle, in denen vor dem vollständigen Verlauf der Krankheit, demnach noch in der Desquamationsperiode, der Hautausschlag partiell oder universell mit den Begleiterscheinungen von neuem auftritt. Bei einem 4$^1/_2$jährigen Knaben gesellte sich zu einer vorangegangenen Scharlachinfektion genuine Diphtherie, nach deren Verlauf sich Scharlach von neuem einstellte. Die Diphtheriediagnose war zweifellos. Aufser den klinischen Symptomen lieferte dafür die bakteriologische Untersuchung und die günstige Wirkung der Serumtherapie einen Beweis. Die lamellöse, plattenförmige, für Scharlach charakterische Desquamation konnte in das Krankenbild der Diphtherie eingefügt werden. Der wichtigste und entscheidende Beweis für die Diagnose des vorangegangenen Scharlachs ist die durch diesen Patienten hervorgerufene Scharlachinfektion in der Diphtherieabteilung. Nephritis, plattenartige Desquamation, die Infektion anderer Individuen genügt zur Scharlachdiagnose, auch wenn kein Ausschlag beobachtet wird. Patient war 13 Tage in der Diphtherieabteilung, 29 Tage in der Scharlachabteilung, somit ist das Scharlachrezidiv aufgetreten. Vermutlich ist das Kind eine Woche, ehe es im Spital aufgenommen worden ist, an Scharlach erkrankt und somit war dies ein in der siebenten Woche entwickeltes Rezidiv. In der Literatur findet sich kein zweiter Fall, in dem die Inkubation 29 Tage gedauert hatte. *Porosz-Budapest.*

Reaktion der Meningen bei Scharlach, von PAISSEAU und MILLIET. (*Bull. méd.* 1910. Nr. 24.) Bei 32 Scharlachkranken fand sich 24 mal Lymphocytose im Liquor cerebrospinalis. Diese entspricht in ihrer Intensität der des Ausschlags. Ist dieser heftig, können sich auch Eiterzellen beimischen. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Über die Scharlachhaut, von J. HLAVA - Prag. (*Med. Blätter.* 1910. Nr. 43.) Bei Scharlach liegen die hauptsächlichsten Veränderungen nicht in der Horn- und Körnerschicht, sondern in dem Epithellager des Stratum cylindricum und spinosum und im Corium. Es handelt sich um Hyperämie, um Ödem, welches in die Epithelschicht dringt und hier oft zu Kolliquationsherden führen kann, die eventuell die Körnerschicht durchdringend eine Abhebung der Hornschichtlagen veranlassen können. Die Kolliquationsherde entstehen durch Verquellung, die von der Peripherie zum Zentrum der Zelle fortschreitet, oder durch Zellnekrose, die der WEIGERTschen Koagulationsnekrose entspräche. Die Hyperämie, die seröse Durchtränkung, die, wenn auch geringe, Leukocyteneinwanderung und die später eintretende perivaskuläre Zellproliferation sprechen eher für einen entzündlichen Charakter des ganzen Prozesses als für ein bloſses toxisches Ödem. *Schourp-Danzig.*

„Rote Falten" bei Scharlach, von MARBÉ. (*Bull. méd.* 1910. S. 1112.) M. fand bei Scharlach Erwachsener die Beugefalten des Knies und der Ellenbogen beständig rot, glänzend, verbreitert. Mit Hilfe dieses Phänomens konnte er einen sonst unklaren Fall von Angina und hämorrhagischer Nephritis diagnostizieren.

Richard Frühwald-Leipzig.

Endocarditis der Mitralis und der Aorta im Verlauf eines Scharlachs, von NOBÉCOURT. (*Journ. d. pratic.* 1910. Nr. 10.) Kasuistische Mitteilung mit kurzen Bemerkungen über die Entstehung, Entwicklung und pathologische Anatomie der Scharlachendocarditiden. *Götz-München.*

Die Leber Scharlachkranker, von PEISSIER und BÉNARD. (*Bull. méd.* 1910. Heft 15.) Die Verfasser haben 3500 Scharlachkranke auf Leberveränderungen untersucht. Abgesehen von Fällen, wodurch Alkoholismus oder eine andere Ursache eine Anomalie der Leber bestand, fanden sie bei 278 jungen Individuen Veränderungen, die sie auf den Scharlach beziehen. Es ist dies Vergröſserung der Leber, die mehr oder weniger stark, auf beiden Lappen oder auf einen beschränkt sein kann. Schmerzhaftigkeit bei Perkussion oder Druck auf den Leberrand. In seltenen Fällen fanden sie leichten Ikterus. Die Erscheinungen gehen mit dem Scharlach zurück, kommen bei Komplikationen wieder oder überdauern einige Zeit das Höhestadium.

Richard Frühwald-Leipzig.

Scharlach und Erysipel, von H. ROGER und MARGOROT. (*Bull. méd.* 1910. Nr. 7.) Zwei Fälle von Scharlach, bei denen einmal im Entfieberungsstadium, einmal in der Rekonvaleszenz, Erysipel auftrat. Nach einem Exkurse über die klinischen Erscheinungen dieser Kombination besprechen die Autoren deren pathogenetische Seite. Sie sind der Ansicht, daſs der Streptococcus nicht der Erreger des Scharlachs, sondern nur der seiner Komplikationen (Nephritis, Pericarditis usw.) sei. Deshalb sei die Kombination von Scharlach mit Erysipel nicht der mit einer anderen Infektionskrankheit gleichzustellen. Es handle sich bloſs um eine Lokalisation des bereits im Körper vorhandenen Streptococcus, so daſs dem Erysipel dieselbe Stellung wie z. B. der Scharlachnephritis zukommt. Die Seltenheit dieser Komplikation sei vielleicht durch eine erworbene Immunität gegen Streptococcus durch Scharlach zu erklären.

Richard Frühwald-Leipzig.

Die Bekämpfung von Diphtherie und Scharlach in Chicago, von D. RAWLINGS-Chicago. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 55, Nr. 7.) Diphtherie und Scharlach sind in Chicago endemisch. Seit dem Jahre 1907 ist die Sanitätsverwaltung mit strengen

Mafsregeln vorgegangen und hat damit Erfolg gehabt. Ärztlicher Anzeigezwang, Schulbeaufsichtigung, strenge Isolierung und Lazarettbehandlung sind dabei behilflich.
Schourp-Danzig.

Was kann die Sanitätsbehörde zur Kontrolle des Scharlachs tun? von C. Hamnson Jones-Baltimore. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 55, Nr. 7.) Der Verfasser verlangt Aufklärung der Volksschichten über die Gefährlichkeit des Scharlachs und seiner Nachkrankheiten, Isolierung der erkrankten Fälle, Hebung des medizinischen Unterrichts an den Universitäten. *Schourp-Danzig.*

Eine Vorlesung über die Bekämpfung der Scarlatina, von F. G. Crookschank-Barnes. (*Lancet.* 19. Febr. 1910.) Der Vortrag wurde in der Royal Society of Medecine gehalten und ist nach dem Bericht der Verhandlungen in der Epidemidogical Section bereits referiert. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Scharlachprophylaxe mit Streptokokkenvaccine, von Richard M. Smith-Boston. (*Arch. of Pediatr.* März 1910.) Bericht über die besonders in Rufsland angestellten Versuche einer Immunisierung gegen Scharlach mittels Streptokokkenvaccine. Bouillonkultur von Streptokokken, isoliert von einem Scharlachkranken, wird durch Erhitzen auf 60° C abgetötet und nach Zusatz von 0,5% Karbolsäure in einer Dosis von ungefähr 0,5 ccm eingespritzt. Nach solchen Injektionen, in sieben- bis zehntägigen Zwischenräumen gegeben, soll sich eine vollkommene Immunität einstellen, die wenigsten s 1½ Jahr anhält. Bei verschiedenen grofsen Epidemien erkrankten jeweils nur ganz einzelne Kinder unter hunderten, die geimpft worden waren, während unter nichtgeimpften bis zu 16% zum Opfer fielen. *W. Lehmann-Stettin.*

Über neuere Gesichtspunkte in der Scharlachbehandlung, von Jochmann und Michaelis. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 20.) Es wurden Versuche auf drei verschiedenen Wegen gemacht:

Im Anschlufs an die Wrightsche Behandlung septischer Erkrankungen wurde versucht, mit abgetöteter Streptokokkenvaccine eine Beeinflussung des Scharlachprozesses herbeizuführen, ohne jeden Erfolg.

Der zweite Weg war die Behandlung mit dem Antistreptokokkenserum der Firma Hoechst nach Meyer und Ruppel: 50 ccm subcutan, nach zwei Tagen eventuell wiederholt; zuweilen intravenöse Applikation.

Bei einer dritten Anzahl von Fällen wurden Antistreptokokkenserum und Vaccinetherapie kombiniert.

Auffallend war, dafs bei den mit Erfolg behandelten schweren und schwersten Fällen sich wenig Komplikationen entwickelten, ferner, dafs zwei Fälle Streptokokken im Blute hatten und dennoch genasen. Die Autoren sind durch einzelne ihrer Erfolge ermutigt, auf dem beschrittenen Wege fortzufahren.

Diskussion (ibidem): Eckert berichtet ebenfalls über günstige Erfolge mit Hoechster Serum.

Aronson betont die Gleichwertigkeit bzw. Überlegenheit seines Serums gegenüber dem Meyer-Ruppelschen Serum.

Grawitz legt gegenüber der Serumbehandlung, die er nicht als „spezifische", sondern als „symptomatische" Therapie bezeichnet, gröfsten Wert auf eine einfache, auf schnelle Ausschwemmung und Hintanhaltung von Schädlichkeiten gerichtete Therapie. *Arthur Schucht-Danzig.*

Das Serum Marpmann in der Behandlung des Scharlachs, von Montefusco. (*Giorn. internat. delle science med.* 1911. Heft 18.) Das Serum Marpmann hat keine spezifische Wirkung auf die Scarlatina und auch keinen bemerkenswerten Einflufs auf Verlauf und Ausgang der Krankheit. *Haas-Hamburg.*

Zur Frage der Serotherapie des Scharlachs überhaupt und im besonderen nach Moser, von Rumjanzew. (*Praktitscheski Wratsch.* 1910. Nr. 33—35.) Unter den Schlufsfolgerungen einer längeren Arbeit des Verfassers über die Serotherapie des Scharlachs sind die wichtigsten folgende:

1. Ohne dem polyvalenten Serum jede therapeutische Wirkung abzusprechen, steht doch fest, dafs unter allen zur Behandlung des Scharlachs vorgeschlagenen Seren dasjenige von Moser den gröfsten Effekt hat.

2. Die Wirkung des Serums äufsert sich vor allem in der Herabsetzung der Temperatur, wie in der Besserung des Allgemeinzustandes des Kranken und dementsprechend in einem weiteren leichteren Verlauf der Krankheit.

3. Die der Seruminjektion folgenden Erscheinungen, welche freilich die Bedeutung des Serums herabsetzen, sind in der Regel nicht so schwer, dafs sie eine Kontraindikation der Serumanwendung bilden könnten. *Arthur Jordan-Moskau.*

Die Diät in der Rekonvaleszenz der Scarlatina und der Masern, von P. Nobécourt und Prosper Merklen. (*Gaz. d. hôp.* 1910. Nr. 1.) Mit einer Diät, welche aus Reis, Kartoffeln, Fleisch usw. unter Weglassung von Milch besteht und so bemessen ist, dafs der Hunger des Kindes gestillt wird, die aber nur eine kleine Eiweifsmenge (1 g pro Kilogramm Körpergewicht) und einen kleinen Kalorienwert (24 pro Kilogramm) enthält, verlieren die Kinder an Gewicht.

Bei Milchdiät, wenn man Quantitäten verabreicht, welche 3,5 g Eiweifs und 80 Kalorien pro Kilogramm entsprechen, bekommt man selten eine Gewichtszunahme. Gibt man hingegen Quantitäten, welche 4,5—5 g Eiweifs und 105—110 Kalorien pro Kilogramm entsprechen, so ist die Gewichtszunahme sehr ausgesprochen.

Dasselbe erreicht man bei gemischter Diät, wenn Eiweifs und Kalorien den eben genannten Zahlen entsprechen. Diese Angaben beziehen sich alle auf Scarlatina. Auch bei den Masern war eine Diät, welche 2,5—4,6 Eiweifs und 58—105 Kalorien pro Kilogramm enthielt, ungenügend, um einen Gewichtszuwachs zu erzielen.

Gunsett-Strafsburg.

Die Inkubationsperiode bei den Masern, von M. Sébilleau. (*Semaine méd.* 1910. Nr. 25.) In den gewöhnlichen Abhandlungen über Masern wird nach Ansicht des Verfassers die Inkubationsperiode zu stiefmütterlich behandelt. Aufser den bekannteren Prodromalerscheinungen möchte er die häufig vorkommenden abdominalen Schmerzen mit schleimigen Stuhlentleerungen hervorheben. Auch mufs man die plötzlichen Entzündungen des Respirationstraktus berücksichtigen, deren Ätiologie anfangs oft verborgen ist und die für Masern charakteristisch sind, besonders wenn sie mit Lymphdrüsenhypertrophie vergesellschaftet sind. Letztere kann übrigens als isoliertes Symptom, höchstens von etwas Fieber begleitet, vorkommen. Bei Ausbruch der Masern nimmt diese Drüsenschwellung sehr zu, um mit Abheilen der Erkrankung zu verschwinden. *Gunsett-Strafsburg.*

Zur Kasuistik der Masern, besonders der atypischen Fälle, von Neumann. (*Centralbl. f. Kinderheilkde.* 1910. Nr. 5.) Bericht über 170 Masernfälle. Von atypischen Fällen erwähnt N. zunächst einen, wo etwa eine Woche nach Ablauf eines Masernexanthems ein Rezidiv auftrat, dann einen siebenjährigen Knaben mit Neuralgien im Fufs am Tage nach der Entfieberung, und zwei Fälle von Zusammentreffen von Urticaria und Masern. *Haas-Hamburg.*

Über das Verhalten der Leukocyten bei Masern, von Käthe Neumark-Düsseldorf. (*Arch. f. Kinderheilkde.* 53. Bd., 1.—3. Heft.) Mit Auftreten des Masernexanthems beginnt eine Leukopenie, die vier bis sechs Tage anhält. Bei Fällen ohne Leukopenie treten komplizierende Erscheinungen hinzu. Maserkranke reagieren in den ersten Wochen, in der sie keine Pirquetsche Reaktion geben und eine Leukopenie

haben, auf die subcutane Injektion von Tuberkulin mit Fieber. Für die klinische Praxis scheint die Bestimmung der Leukocytenzahl bei Masern sowohl prognostisch wie diagnostisch von Wichtigkeit. *Schourp-Dansig.*

Die jugo-labialen Flecken (Koplikches Symptom) bei den Masern, von Péhu und Rey. (*Lyon méd.* 1910. Nr. 39 und 40.) Das Koplikche Symptom besteht bekanntlich im Auftreten von charakteristischen roten Flecken mit kleinen weifsen Punkten in ihrem Zentrum, welche auf der Wangenschleimhaut 24 bis 72 Stunden vor Ausbruch des Exanthems erscheinen und für Masern pathognomonisch sind. Die vorliegende Arbeit hat den Zweck, in Form eines Sammelreferates die Aufmerksamkeit auf dieses Symptom zu lenken. *Gunsett-Strafsburg.*

Das Koplikche Symptom. (*Rivista critica di clinica med.* 1910. Nr. 39.) Der Artikel enthält nichts Neues. *Gunsett-Strafsburg.*

Über einige Komplikationen der Röteln, von C. D. Martelli-Neapel. (*Semaine méd.* 1910. Nr. 27.) Der Verfasser macht darauf aufmerksam, dafs die Röteln oft weniger benign verlaufen, als allgemein angenommen wird. Er teilt drei Fälle von lobärer Pneumonie, Fälle von Nephritis und Hämaturie als Komplikationen mit. *Gunsett-Strafsburg.*

Über Diphtherie als Komplikation von Masern, von Otto Lade-Düsseldorf. (*Arch. f. Kinderheilkde.* 53. Bd., 1.—3. Heft.) Die Beobachtungen des Verfassers stimmen mit denen Blakelys und Burrows überein, dafs die Prognose bei Masernkindern mit Diphtherie wesentlich von dem Zeitpunkte des Auftretens der diphtherischen Komplikationen abhängt, d. h. um so ungünstiger ist, je näher auf das Erscheinen des Masernexanthems der Ausbruch der Diphtherie folgt.

Unter den 112 Fällen des Verfassers war die Diphtherie 13 mal vorhanden, darunter zweimal auf der Haut lokalisiert. L. verlangt, dafs die bakteriologische Untersuchung auf Diphtherie nicht erst bei deutlichen Manifestationen der Diphtherie vorgenommen wird, sondern dafs man bei jedem Masernfall förmlich nach dem Erscheinen der Diphtheriebazillen fahnden soll. *Schourp-Dansig.*

Klinische Betrachtungen über einen Fall von Kleinhirnabscefs wahrscheinlich nach Masern, von Cantieri. (*Riv. critic. di clin. med.* Bd. 11, Nr. 20.) Zehnjähriger Knabe, der mit der Diagnose Tumor cerebelli zur Sektion kam. Es stellte sich ein Abscefs des Kleinhirns heraus. Eingehende Besprechung der klinischen nervösen Erscheinungen. *Haas-Hamburg.*

Masern und Röteln, von Pechère-Brüssel. (*La Policlinique.* 1910. Nr. 4.) Der Verfasser regt an, die Rubeola in der Morbiditätsstatistik Belgiens als vollständige Krankheit den Masern gegenüber aufzuführen. Praktisch hätte dies besonders für die Schule Wert, da bei Masern die Schliefsung der Schulen nützlich und durchführbar, bei Röteln hingegen unmöglich und unnötig sei. *Gunsett-Strafsburg.*

Bericht über je einen Fall von infektiöser Neuritis optica nach Röteln und Influenza, von Vossius-Giefsen. (*Beitr. z. Augenheilkde.* 1910. 75. Heft.) Das Auftreten von Neuritis optica nach Röteln findet in der bisherigen Literatur keine Erwähnung. Der Fall ist daher als äufserst seltener zu betrachten. *Arthur-Schucht-Dansig.*

Die Ätiologie und Diagnose der Rubeola, von C. Beards und W. L. Goldie-London. (*Lancet.* 1. Okt. 1910.) Im Londoner Krankenhaus für Infektionskrankheiten (London-Jeverhospital) sind im Laufe der letzten zwölf Jahre 1335 Fälle von Rubeola und 927 Masernkranke aufgenommen worden. Verfasser geben einige Deduktionen wieder, welche sie aus einer Berücksichtigung dieser 2262 Krankengeschichten unternommen haben. Das Alter der Rubeolakranken war bei nur 1,4% derselben unter 10 Jahren, bei 24,4% zwischen 10 und 20 Jahren und bei 63,6% zwischen 20 und

30 Jahren. Die Häufigkeit der Erkrankungen zeigte in den Monaten Januar bis März eine langsame Steigerung, die sich in den folgenden Monaten bis Anfang Juni rascher dem Klimax näherte, worauf ein plötzlicher Abfall erfolgte. Differentialdiagnostisch kamen als Ausnahmefälle Pityriasis rosea und Erythema multiforme in Betracht. Die sonstigen Beobachtungen stimmen im wesentlichen mit anderen Publikationen überein.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Klinische Beobachtungen über das Erythema infectiosum (STICKER), von THEODOR SEPP. Aus der k. Universitätskinderklinik zu München. Inaug.-Dissert. München 1909. Verfasser gibt zunächst die Krankengeschichten von 13 Fällen aus der Grazer Klinik wieder, die ihm von PFAUNDLER überlassen sind. Die Krankheit tritt in mehrjährigen Intervallen in Form von Epidemien auf, die eine mäßsig hohe Frequenz aufweisen und sich durch die Frühjahrs- und Sommermonate hinziehen, meist im Anschluſs an Masernepidemien oder zu Beginn einer Rubeolenepidemie. Die Fälle traten zerstreut über Stadt und Umgebung auf. Zwölf der vorliegenden Fälle entstammen den beiden letzten der vier Grazer Epidemien der Jahre 1886, 1890, 1897 und 1899. Doch liegen auch vereinzeltstehende, vermutlich mehr sporadisch auftretende Fälle vor. Als Ursache wird eine infektiöse, und zwar wahrscheinlich kontagiöse angenommen, wofür das epidemische Auftreten, das gleichzeitige oder in bestimmten Abständen erfolgende Befallenwerden von Geschwistern, Hausgenossen, Schulkameraden usw. sprechen. Doch ist die Kontagiosität bzw. die Empfänglichkeit bei den meisten Individuen eine geringe. Die Inkubationszeit wäre dann eine sehr wechselnde und wird auf 6—14 Tage angegeben. Die meisten Fälle betreffen Kinder zwischen vier und zwölf Jahren; angeblich vorwiegend Mädchen; selten erkranken ältere Kinder oder gar Erwachsene — dann ausschlieſslich weibliche — selten auch jüngere, der jüngste Patient war 14 Monate alt. Das wichtigste, oft sogar das einzige Krankheitssymptom bildet der Ausschlag selbst. Prodromi, Fieber und sonstige Störungen während der Exanthemperiode sind geringfügig, fehlen zumeist ganz. In einem der vorliegenden Fälle wurde das Auftreten des Ausschlages von Erbrechen eingeleitet. Einmal war Ohrenstechen und unmittelbar vor dem Erscheinen des Exanthems Kopfschmerzen, einmal einen Tag lang leichte Hitze und Schnupfen, einmal zwei Tage lang Kältegefühl, Müdigkeit und Appetitlosigkeit vorausgegangen. Fieber fehlte meist vollständig; in einzelnen Fällen ist das Auftreten des Ausschlages von leichten Temperatursteigerungen begleitet, die aber meist 38° nicht erreichen und längstens am dritten Tage zur Norm zurückkehren. Höhere oder später auftretende Temperatursteigerungen sind wohl meist auf Komplikationen zurückzuführen. Von sonstigen Störungen fand sich einigemale ganz geringfügige Rötung der Conjunctiva oder der Rachengebilde, nur ausnahmsweise richtige Angina mit lakunären Belägen, belegte Zunge usw. Durchweg fehlen irgend welche ernsteren oder einigermaſsen konstant auftretende Krankheitserscheinungen. Einzelstehende Beobachtungen, wie Herzarhythmien, unreine Herztöne, Appetitlosigkeit, usw. usw. werden kaum zu irgend welchen Schlüssen berechtigen, das gleiche gilt von der in den meisten Fällen beobachteten Vergröſserung der Lymphdrüsen, besonders submaxillar.

Das Exanthem selbst zeichnet sich durch eine groſse Mannigfaltigkeit aus. Eine bestimmte typische Form, die in allen Fällen konstant anzutreffen wäre, läſst sich nicht aufstellen. Die ganz jungen Effloreszenzen, die man meist nur bei frühzeitiger Beobachtung der Fälle zu Gesicht bekommt, stellen sich als einzelstehende, nicht oder nur wenig erhabene hellrote Flecken dar, von der Gröſse eines Hirsekorns und darüber. Ihre Form ist meist rund, seltener unregelmäſsig zackig, sie verschwinden auf Druck vollständig, um nach Aufhören desselben sofort wieder zu erscheinen. Durch peripheres Weiterschreiten wachsen die Flecken bald langsam, bald rascher an bis Erbsengröſse

und darüber und beginnen dann — je nachdem sie mehr oder weniger dicht bei einander stehen, früher oder später — zu konfluieren. Durch Zusammenfließen der einzelnen Effloreszenzen entstehen größere, unregelmäßig geformte Flecken oder ausgedehnte, diffus gerötete Flächen. Auf jedem dieser Stadien kann die Entwicklung stehen bleiben. Noch mannigfaltiger aber wird das Bild durch das Einsetzen der regressiven Vorgänge: im einfachsten Falle beginnt die Effloreszenz, wenn sie ihr Blütestadium erreicht hat, allmählich abzublassen. Viel häufiger jedoch fängt das früher entstandene Zentrum der Flecken bereits an abzublassen, wenn die Peripherie noch im Fortschreiten begriffen ist. Es verfärbt sich zuerst blaßgelblich bis bläulichrot und nimmt dann allmählich die Farbe der normalen Haut an. Dadurch entstehen Ringe und Kreise, die ihrerseits wieder zu feinen gezackten Figuren oder Guirlanden konfluieren können, oder zu breiteren Bandformen oder Gyri, oder aber zu einem ausgedehnte Flächen überspannenden Netz- oder Maschenwerk. Setzt das zentrale Abblassen erst ein, wenn sich durch Konfluenz eine diffuse, peripher noch weiterschreitende Rötung gebildet hat, dann kommt es zu landkartenähnlichen Bildern mit breitem roten Rand und blaß-bläulichen oder ganz blassen zentralen Partien. Allmählich verschwinden dann die Figuren unter livider Verfärbung und Auflösung in einzelne Bruchstücke.

Im einzelnen gilt zumeist die Regel: je später der Ausschlag einen Körperteil befällt, desto geringer ist hier seine Tendenz zum Weiterschreiten, desto größer die Neigung zu frühzeitigem Einsetzen der Involutionsvorgänge. Fast ausnahmslos zuerst, d. h. am intensivsten sind die Wangen befallen. Selten gleichzeitig, meist einen Tag später (oder mehrere), manchmal nur einige Stunden nach dem Gesicht werden die Extremitäten befallen, häufig die oberen vor den unteren. Zuletzt, meist erst am zweiten oder dritten Tag, mitunter noch später, wird, wenn überhaupt, der Stamm befallen. Eine besondere Eigentümlichkeit des Exanthems ist seine relative Unbeständigkeit, namentlich in den letzten Tagen seines Bestehens. Schuppung oder Nachkrankheiten wurden nie beobachtet. Der komplizierte Verlauf des Exanthems bedingt eine ziemlich lange Gesamtdauer. Einige Besonderheiten seiner Fälle hebt Verfasser eigens hervor.

Die Krankheit wurde bekanntlich erst allmählich von den Röteln abgetrennt und auch weiterhin den akuten Exanthemen an die Seite gestellt. Bei diesen breitet sich der infektiöse Ausschlag meist in ziemlich rascher und typischer Form über alle überhaupt befallenen Körperteile aus und wächst rasch zu einem Blütestadium an, das nach einiger Zeit zu einem gleichmäßigen Abblassen und — in reinen Fällen — Ausklingen aller Erscheinungen überleitet. Demgegenüber ist der Verlauf des Erythema infectiosum viel regelloser, mehr protrahiert: das Auftreten und Weiterschreiten des Ausschlages geschieht mehr sprungweise, zieht sich oft sehr in die Länge und neigt zu Nachschüben, die Höhestadien des Exanthems an verschiedenen Körperstellen liegen ziemlich weit auseinander, Evolutions- und Involutionsvorgänge gehen lange Zeit nebeneinander her, das Abblassen erfolgt ungleichmäßig, meist auf dem Umwege der Involutionsformen. In dieser Beziehung nähert sich das Erythema infectiosum mehr dem Erythema exsudativum multiforme, bei dem die einzelne Effloreszenz langsam weiterschreitet und die bekannten Entwicklungsformen durchmacht, ganz unabhängig von den in häufigen Nachschüben auftretenden neuen Effloreszenzen, die in ganz anderen Stadien stehen. Andererseits weist aber das Grazer Erythema infectiosum doch auch die für die akuten Exantheme charakteristische zyklische Verlaufsform auf, wenn auch viel weniger ausgeprägt; sie zeigt sich vor allem in der von einem gewissen Zeitpunkt an ziemlich gleichmäßig zunehmenden Abschwächung der Intensität der Krankheitserscheinungen, die besonders an neu auftretenden Effloreszenzen zu

erkennen ist. Was die Selbständigkeit der Erkrankung anlangt, so läfst der etwas auffallende Befund, dafs sämtliche 13 Fälle bereits Masern überstanden haben sollen, an die Möglichkeit denken, dafs es sich um eine modifizierte Masern- oder Rubeolen erkrankung bei durchmaserten Individuen handelt. Was die Differentialdiagnose betrifft, so unterscheidet sich das Grazer Erythem mit den Röteln von Masern und Scharlach durch die Geringfügigkeit der Allgemeinerscheinungen, besonders das Fehlen der für die beiden letzteren typischen Schleimhauterkrankungen. Auch die Unterscheidung von den Röteln ist in typischen Fällen nicht schwer und stützt sich auf eine Reihe von Punkten, die Verfasser eingehend erörtert. Schwieriger ist es, einen abortiven Fall von Erythema infectiosum, der kürzer dauert, weniger zu Konfluenz neigt, von einem nicht typisch verlaufenden Fall von Röteln zu unterscheiden.

Weitere Details müssen in der Originalarbeit studiert werden.

Fritz Loeb-München.

Beitrag zum Studium der Filatow-Dukesschen Krankheit, von A. Miadonna. (*La med. ital.* 20. Aug. 1910.) Eine eingehende Würdigung der als sogenannter vierter Krankheit von Rubeola, Morbilli und Scharlach unterschiedenen Infektion.

Gunsett-Strafsburg.

Eine Epidemie der sog. „vierten Krankheit", Morbus Filatow-Dukes, Roseola scarlatinosa, von Capogrossi und Collina. (*Riv. d'igiene e san. pub.* Bd. XX, Nr. 8. Referiert in *Morgagni.* 1. Mai 1910.) Die Autoren teilen die erste in Italien (Ascoli Piceno) beobachtete Epidemie dieser Erkrankung mit. Die Krankheit hatte den gewöhnlich beobachteten Verlauf: eine lange (20 Tage) Inkubation, mäfsiges Fieber, das am zweiten bis dritten Tag verschwand, ein Exanthem, das sich aus rubeolaartigen Flecken und einer diffusen scharlachartigen Rötung zusammensetzt. Verschont sind nur der Nasenrücken, die Lippen und das Kinn, sonst ist der ganze Körper befallen. Nach zwei bis fünf Tagen verschwindet das Exanthem, es tritt leichte Schuppung ein. Leichter Katarrh der Conjunctiva, der Mandeln und des Schlundes, sowie Schwellung des Nacken und Halsdrüsen vervollständigen das immer leicht verlaufende Krankheitsbild.

Gunsett-Strafsburg.

Über die „vierte Krankheit", von Tietze-Schwarzenberg. (*Ztschr. f. Medizinalbeamte.* 1910. Nr. 15.) Das Bild der „vierten Krankheit" ist noch sehr schwankend; der eine rechnet sie zum Scharlach, der andere zu den Röteln; die Benennungen Erythema infectiosum, Skarlatinoid, örtliche Röteln, Erythema simplex marginatum charakterisieren die Unbeständigkeit der einzelnen Beobachtungen, die alle erst nach dem Auftreten der Influenza in Europa gemacht worden sind. T. ist sehr geneigt, die „vierte Krankheit" als eine der vielen Formen der Influenza aufzufassen.

Schourp-Danzig.

Die vierte Krankheit, von Bremme-Dresden. (*Ztschr. f. Medizinalbeamte.* 1910. Nr. 16.) B. wendet sich gegen die Auffassung Tietzes, der die „vierte Krankheit" als eine eigentümliche Form der Influenza ansieht. B. hebt hervor, dafs das Allgemeinbefinden der Patienten bei beiden Krankheiten grundverschieden ist: bei der „vierten Krankheit" ist das subjektive Befinden relativ gut; bei Influenza ist das charakteristische Merkmal des intensiven Gefühls der Prostration und Zerschlagenheit immer vorhanden. *Schourp-Danzig.*

Über die sogenannte fünfte Eruption, von G. Pini. (*Morgagni.* 8. Sept 1910.) Der Autor berichtet über acht Fälle von 4- bis 13jährigen Kindern, welche fast gleichzeitig von einem erythematösen, figurierten Exanthem befallen wurden, welches klinisch und morphologisch sich von den bekannten Kinderexanthemen unterschied. Alle Kinder besuchten dieselbe Schule, in der übrigens noch vier andere Fälle vorgekommen sein sollen. Die Krankheit beginnt ohne Prodromalerscheinungen unter der Form

von rosagefärbten, linsenförmigen Flecken, welche allmählich miteinander verschmelzen. Sie haben dann einen polyzyklischen, wohlmarkierten Rand, während die Mitte sich abflacht und verblafst. Das Aussehen der Flecken ist zu dieser Zeit urtikariell. Anfangs ist das Gesicht befallen, Kinn und Hals bleiben frei. Dann geht das Exanthem auf die Schultern, oberen Extremitäten, Hüften und Beine über. Hier verschwindet auch das figurierte Aussehen der Eruption, die jetzt mehr diffus erscheint. Am intensivsten ist der Ausschlag im Gesicht, an den Gliedern erscheint oft eine leichte Desquamation. Er verschwindet wieder, ohne Pigmentation zu hinterlassen. Kein Pruritus, kein Unwohlsein, keine Verdauungsunregelmäfsigkeit stören das Allgemeinbefinden. Die Schleimhäute bleiben vollständig frei, in acht bis zehn Tagen ist das Krankheitsbild wieder verschwunden. Es handelte sich um eine Epidemie der von Cheinisse „fünfte Eruption", von Sticker „Erythema infectivum acutum", von Plackte „Megalerythema" und von anderen Autoren „Erythema epidemicum" oder „Erythema simplex marginatum" benannten Affektion. *Gunsett-Strafsburg.*

Experimentelle Untersuchungen über Typhus exanthematicus, von Charles Nicolle. (*Ann. de l'institut Pasteur.* 1910. Nr. 4.) Schimpansen sind für menschliches Virus empfänglich. Hutaffen nach dessen Passage durch Schimpansen. Bei Hutaffen gelingt Reihenimpfung. Der Verlauf der Infektion ist typisch. Nach 13 bis 15 Tagen tritt Fieber bis 40° auf, das einige Tage bestehen bleibt und dann rasch abfällt. Zwei Tage nach Beginn des Fiebers entsteht ein Exanthem im Gesicht. Das Blut ist von der Infektion bis zum Ausbruche infektiös.

Macacus sinicus und Macacus rhesus sind für menschliches Virus nicht empfänglich. Macacus cynomolgus, innus und rhesus nicht gegen solches von Macacus sinicus. Ebenso Hund und weifse Ratte. Normales Menschenblut kann Macacus sinicus nicht immunisieren, dagegen solches von Typhösen. Blut von Macacus sinicus in der Rekonvaleszenz ist infektiös. Die Übertragung geschieht durch den Menschenfloh.

Im Blute gehen die neutrophilen Leukocyten entsprechend der Schwere der Infektion zugrunde. Gegen Ende der Inkubation besteht Leukocytose, im Höhestadium Abnahme derselben mit relativer Mononukleose, gegen Ende der Infektion stellen sich wieder normale Verhältnisse ein. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Schwierigkeiten bei der Diagnose des Typhus exanthematicus, von S. Gerlóczy-Budapest. (*Budapesti Orvosi Ujság.* 1910. Nr. 16.) Das Krankheitsbild des Typhus exanthematicus ist im entferntesten nicht so einheitlich, wie z. B. das der Masern. Er hat mit vielen Krankheiten gemeinsame Züge und eine grofse Schwierigkeit ist auch, dafs man den krankheiterregenden Mikroorganismus nicht kennt und man bei der Diagnose weder von der Blutuntersuchung, noch von der Prüfung der Exkremente unterstützt wird. Die Schwierigkeiten sind geradezu unüberwindlich, wenn es viele abortive Fälle gibt. Im Jahre 1908 beobachtete Verfasser 203 Fälle. Auch Curschmann behauptet: „Solche Fälle sind es, bei denen das Krankheitsbild oft bis zur Unkenntlichkeit verwischt ist. Als erste einer Epidemie sind sie überhaupt kaum zu diagnostizieren und auch auf der Höhe oder gegen Ende einer solchen mufs die Anamnese, die Feststellung häufiger oder intimer Berührung mit ausgesprochenen Kranken hierzu sehr mithelfen." Flecktyphus tritt nach 8—14 tägiger Inkubation auf. Kopfschmerzen, Schwindel, Kreuzschmerzen, Atemnot, Gliederreifsen, grofse Mattigkeit, Appetitlosigkeit, katarrhalische Erscheinungen usw. oder Frösteln, wiederholter Schüttelfrost leitet ein allgemeines Unwohlsein ein. Hochgradige Mattigkeit führt dazu, dafs Patient bettlägerig wird. Bedeutende Schmerzhaftigkeit, oft übermäfsige Hyperästhesie der Glieder. Viele Patienten sind schon im Anfangsstadium unruhig, schlaflos. Sie klagen über Durst, Trockenheit der Kehle. Manche Patienten sind heiser, gereizt und werden vom trockenen Husten gequält. Die Konjunktiven sind

schon anfangs injiziert. Die Temperatur steigt plötzlich und erreicht schon am ersten oder zweiten Tage 40° C, dabei schwillt die Milz mehr oder weniger; zumeist besteht Febris continua, zwischen den Abend- und Morgentemperaturen ist eine Differenz von kaum 0,5° C. Gewöhnlich am vierten oder fünften Tage, aber manchmal zwei bis drei Tage früher oder später beginnt der Ausbruch des Ausschlages, welcher teils von rundlicher, teils von unregelmäfsiger Form, in Gestalt von kleinen blafsroten Flecken auf verschiedenen Teilen des Körpers sich entwickelt. Manchmal kann er nur nach aufmerksamer Beobachtung wahrgenommen werden, manchmal ist er so reichlich und grofs, dafs er sehr leicht mit Masern verwechselt werden kann. Zuerst sieht man die Flecken auf dem Brustkorb und auf dem Rücken. In einzelnen Fällen findet man auf dem Körper nicht mehr Flecken, als man in Fällen von gut ausgeprägtem Typhus abdominalis sehen kann. Oft ist ein grofser Teil der Flecken, oder nur einzelne stark hämorrhagisch, von kleinen subcutanen Blutungen livid gefärbt, namentlich auf den Schenkeln, aber nicht selten auch auf dem Gesichte. Die Entwicklungszeit, die Zeitdauer des Bestandes der Flecken ist sehr veränderlich. In schweren Fällen bestehen stillere oder heftige Delirien, manchmal auch wirkliche Raserei, und der Patient ist bewufstlos, die Augen halb offen. Mit zitternden Händen fuchtelt er in der Luft herum, schreit oder brummt still. Im Entwicklungsstadium ist die Hyperästhesie der Glieder in manchen Fällen so sehr gesteigert, dafs der Patient bei einfacher Berührung erschrocken zusammenfährt. Man beobachtet auch ohne jede besondere Veränderung der Atmungsorgane bedeutende Dyspnoe. Katarrhe oder Entzündungen der Atmungsorgane sind gewöhnliche Symptome der Krankheit. Als Komplikationen können Laryngitis, Perichondritis, Pneumonie, putride Bronchitis oft beobachtet werden. Auch Parotitis, Dekubitus Nephritis usw. Bei schweren oder mittelschweren Fällen tritt gewöhnlich nach 10—12 tägigem Bestande des hohen Fiebers in raschem Tempo normale oder subnormale Temperatur auf. Manchmal ist die Deferveszenz so kritisch, wie bei Pneumonia crouposa, ein anderes Mal dagegen sinkt die Temperatur in 24—48 Stunden auf das Normale herab. Ein anderes Mal drückt remittierendes oder intermittierendes Fieber die Deferveszenz aus. Die drei hauptsächlichsten Erscheinungen des Flecktyphus sind: der typhöse Zustand, das Fieber und nervöse Symptome Die Schwierigkeiten der Diagnose zeigen sich bei solchen Erkrankungen, die mit typhösem Zustand, Fieber oder Ausschlag einhergeht. 593 Patienten kamen mit der Diagnose Flecktyphus ins Spital. 203 (34,2 %) Fälle erwiesen sich wirklich als solcher, in 390 Fällen (65,8 %) war die Diagnose verfehlt. 113 Fälle erwiesen sich als Influenza, 53 als Unterleibstyphus, 33 als Pneumonia crouposa, 19 als Tuberculosis pulmonum, 5 als Meningitis cerebrospinalis, je 3 als Scharlach, Morbilli, Rubeola, je 2 als Urticaria, Erythema exsudativum, Meningitis purulenta, je 1 als Erythema toxicum, Variola, Peritonitis tuberculosa usw. Bei der Differentialdiagnose ist das Wesen, das Fieber, das Exanthem und der typhöse Zustand und der Verlauf entscheidend. Aber in allen Fällen ist der Anfang der Krankheit von grofsem Nutzen bei der Diagnose. Das plötzliche Indiehöhegehen des Fiebers, namentlich in Fällen, bei denen man in der Anamnese auf Flecktyphus eine Stütze findet, Klagen des Patienten, dafs ihm die „Augen brennen", dafs er durstig ist, übermäfsige Empfindlichkeit der Glieder beim Berühren, Vorhandensein einer eigentümlichen Dyspnoë mit Schmerzen in der Brust- und Bauchgegend ohne physikalische Begründung, und die Gegenwart von Reizerscheinungen im Anfange lassen den Flecktyphus als höchstwahrscheinlich erscheinen, ehe man noch ein Exanthem sieht, während der an Unterleibstyphus leidende Patient sich schon einige Tage früher unwohl fühlt. Er hat Schwindel, Kopfschmerzen, die Glieder sind schwer, aber nicht empfindlich, Verdauungstörungen bei mangelhaftem Appetit und abendlicher Hitze. Im Initialstadium des Flecktyphus sieht man eine

charakteristische, stufenartig steigende Fieberkurve und man findet oft, wenn die Hyperästhesie hochgradig ist, bei der Untersuchung eine Empfindlichkeit in der Bauchgegend, namentlich in der Ileocoekalengegend. Mit grofser Wahrscheinlichkeit kann man in solchen Fällen an Flecktyphus denken, wenn nicht nur der Bauch druckempfindlich ist, sondern auch einzelne Teile des Brustkorbes und der Schenkel. Tritt die Hyperästhesie auffallend in den Vordergrund, namentlich wenn die Schmerzen im Brustkorbe nicht erklärt werden können, so hat man ein wertvolles frühzeitiges Symptom. Die Meningitis cerebrospinalis epidemica kann mit ähnlichen hyperästhetischen Erscheinungen einhergehen. Ist keine Hyperästhesie vorhanden, dagegen aber auf der Haut ein roseolenartiges Exanthem zu finden, ist die Differentialdiagnose noch schwieriger. Die Roseolen des Flecktyphus entwickeln sich früher und bedecken in ein bis zwei Tagen den ganzen Körper, während die Roseolen bei Unterleibstyphus sich langsam, schleppend entwickeln und sich durch neue Eruptionen vermehren. Roseolen können bei Bauchtyphus nur ausnahmsweise auf den Armen und Unterschenkeln, sogar auf der Hand uud den Füfsen beobachtet werden, während man bei Flecktyphus Roseolen in grofser Zahl auf Armen, Schenkeln, Händen, Füfsen, Hals und Gesicht findet. Die Roseolen bei Bauchtyphus erheben sich über das Niveau der Haut und bleiben so Tage lang. Die Roseolen bei Flecktyphus sind flache Flecken, die hyperämisch sind oder, was häufiger vorkommt, sie sind blasse livide Flecken. Bei einzelnen Fällen finden sich profuse Diarrhoe, Blutungen, Meteorismus. Hier wird man von der Widal-Reaktion unterstützt. Im Fieberverlauf bei Flecktyphus sind die Unregelmäfsigkeiten viel häufiger als beim Bauchtyphus. Oft sieht man mit hohem 40°igem Fieber beginnenden Flecktyphus; schon nach sieben bis zehn, manchmal schon nach drei bis vier Tagen defervesziert dieses. 1910 wurden viele ähnliche Fälle beobachtet. Es gibt aber auch Fälle mit sehr niedrigem Fieber (38—39° oder 37,5 bis 38,5°), die schleppend verlaufen. Sonst sind aber alle Symptome zu erkennen. Auch Variola, Morbilli, ausnahmsweise Scharlach, Septicopyaemie bieten auch wegen des Fieberverlaufs Schwierigkeiten. Variola kann ebenfalls mit Typhus verwechselt werden. Die Differentialerscheinungen zeigen sich erst nach ein bis zwei Tagen. Septische Erkrankungen zeigen viele gemeinsame Züge mit Typhus. Auch Morbilli und Rubeola können irrtümlich als Typhus diagnostiziert werden. Die Autopsie bietet grofse Schwierigkeiten; das pathologisch-anatomische Bild bietet keine entscheidenden Symptome. Die Veränderungen entsprechen denen, die bei septischen Erkrankungen vorkommen. *Porosz-Budapest.*

Varicellen. (*Gaz. d. hôp.* 1910. Nr. 23.) Eine zusammenfassende Beschreibung der Krankheit, speziell zur Assistentenprüfung. *Gunsett-Strafsbnrg.*

Ein atypisch verlaufender Fall von Varicellen. Kasuistischer Beitrag zur Frage der gegenseitigen Beeinflussung zweier Infektionskrankheiten, von Anna Koenigsberg - Nikolajew. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 24.) 13 Monate altes Kind erkrankt fünf Tage, nachdem Pertussis bei ihm festgestellt wurde, mit einem Bläschenausschlag, der als Varicellen diagnostiziert werden mufste, trotzdem der typische rote Hof um die einzelnen Bläschen herum fehlt, und trotzdem sechs Tage nach Beginn der Erkrankung immer neue Varicellenbläschen sich zeigten. Die Pertussis wurde kompliziert durch beiderseitige konfluierende Lobulärpneumonie, an der das Kind zugrunde ging. Verfasser glaubt, dafs die Anomalie im Varicellenausschlag durch Pneumonieinfektion in der Weise hervorgerufen wurde, dafs die spezifische Empfindlichkeit für das Varicellengift im Organismus vermindert wurde.

W. Lehmann-Stettin.

Varicellen als Ursache für Nephritis, von E. J. G. Beardsley-Philadelphia. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 54, Nr. 22.) Bei einem sechs- und bei einem fünfjährigen

Kinde beobachtete B. im Anschlufs an Varicellen Nephritis; es empfiehlt sich, bei jedem Varicellenfall sorgfältig Urinuntersuchungen vorzunehmen.

Schourp-Danzig.

Ein Fall von Varicellen mit seltener Komplikation, von Rosenblatt und Bindstock. (*Praktitscheski Wratsch.* 1910. Nr. 46.) Am zweiten Tage nach der Erkrankung an Varicellen stellte sich in dem von beiden Verfassern beobachteten Fall eine schwere, akute, parenchymatöse Nephritis ein, welche in zwölf Tagen wieder schwand. *Arthur Jordan-Moskau.*

Leistendrüsenphlegmone nach Varicellen, von Savariaud. (*Société de pediatrie,* 18. Jan. 1910, *Bull. méd.* 1910. Nr. 8.) Bei einem sechsjährigen Mädchen trat nach Varicellen in der linken Leiste eine mächtige Schwellung auf, die inzidiert Eiter entleerte. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Über Sepsis nach Varicellen, von O. Retzlaff-Magdeburg. (*Arch. f. Kinderheilk.* Bd. 54, Nr. 1—3.) Ein $3^1/_2$jähriges Mädchen war an Varicellen erkrankt; die meisten Pusteln heilten ab, nur am linken Unterarm war eine gangränös zerfallen. Von hier aus erfolgte sekundär eine Streptokokkeninvasion, die bei dem an sich elenden Kinde eine Infektion der linken Achseldrüsen, Nekrosen der Schleimhaut der beiden unteren Nasenmuskeln, des Rachens, Ödem und Rötung der Epiglottis und des Sinus pyriformis hervorrief. Als Ausdruck der septischen Infektion fand sich bei der Autopsie Milztumor. *Schourp-Danzig.*

Wie es heutzutage leicht zu einer Pockenausbreitung kommen kann, von Kramer-Wilhelmshaven. (*Zeitschr. f. Medizinalbeamte.* 1910. Nr. 20.) Bericht von drei Krankheitsfällen. In dem ersten Falle wurde ein Erythema exsudativum multiforme festgestellt, der zweite schien ein Masernfall und der dritte ein Varicellenfall zu sein. Tatsächlich waren alle drei Fälle Variolakranke. *Schourp-Danzig.*

Ätiologie der Variola humana, von O. Casagrandi - Cagliari. (*Pathologica* II. Band, Nr. 30, 1. Febr. 1910.) Die Ergebnisse der ausgedehnten Untersuchungen des Verfassers über das Variolavirus sind folgende: Das Variolavirus wird durch feinste granulierte Elemente gebildet, die in Dunkelfeldbeleuchtung sichtbar sind und sich nach Giemsa blau färben. Diese Elemente passieren die besten Filter. Sie vermehren sich in den sie einschliefsenden Zellen, wo sie perinukleäre Haufen bilden und eine charakteristische Mobilität autweisen, die identisch ist mit der von Volpino in den Vaccinekörperchen beobachteten. Sie sind das Variolavirus, das mit dem Vaccinevirus identisch ist. Der Verfasser nimmt an, dafs diese Elemente in den Zellkern eindringen, wo sich dann eine Differenzierung abspielt, welche zu dem Auftreten der Cytoryctes führt. In letzteren sind übrigens die oben beschriebenen feinsten granulierten Elemente nicht vorhanden. Vielmehr macht das Variolavirus in den Cytoryctes eine andere Entwicklungsphase durch, welche zur Bildung von Körperchen führt, die vielleicht den bereits von anderen beschriebenen Cytoryctes mit eingeschnürtem Leib entsprechen, vielleicht auch den Prowazekschen Initialkörperchen. Über die Bedeutung dieser Körperchen kann er nichts Bestimmtes aussagen. *Gunsett-Strafsburg.*

Klinische Notizen über eine Variola-Epidemie in Genf, Mai-Juni 1909, von Roger Dufour. (*Rev. méd. de la Suisse romande.* 1910. Nr. 3.) Der Artikel enthält weitere Ausführungen zu der bereits in der vorigen Nummer *dieser Zeitschrift* beschriebenen Epidemie. Es handelte sich um einen ziemlich leichten Charakter der Erkrankung, meist Fälle von diskreter Variola und Variolois, dann auch konfluierende Formen, im ganzen 19 Fälle. Unter den konfluierenden Formen kamen drei Todesfälle vor, die aber weniger auf die Schwere der Epidemie als auf das geringe Alter der Betroffenen (2—14 Monate alte Kinder) zurückzuführen waren. Die Gestorbenen waren alle nicht geimpft. *Gunsett-Strafsburg.*

Über das Leukocytenbild bei Variola, von Hugo Kämmerer-München. (*Dtsch. Arch. f. klin. Med.* 1910. Bd. 99, Heft 3 u. 4.) „Bei Variola besteht — jedenfalls vom vesikulösen Stadium an — eine mäfsige Gesamtleukocytose, durchschnittlich zwischen 10000 und 20000 Zellen im Kubikmillimeter. Sie verliert sich sehr langsam, geringe Steigerung findet man öfters auch noch in den späteren Zeiten der Rekonvaleszenz.

Diese Leukocytose ist bedingt durch eine beträchtliche, absolute Vermehrung der Lymphocyten, die jedenfalls schon am fünften Krankheitstage wahrnehmbar ist, in der Floritions-, Suppurations- und Eintrocknungsperiode besonders hohe Werte erreicht und bis über drei Monate nach dem Krankheitsbeginn noch als Lymphocytose bemerkbar ist. Im Anfang der Krankheit findet man sehr viele grofse Leukocytenformen.

Die Neutrophilen sind prozentual vermindert, absolut durchschnittlich in normaler Menge vorhanden, ganz im Anfang vielleicht hier und da etwas vermehrt, bei ausgeprägter Lymphocytose auch vermindert.

In den ersten Tagen finden sich, besonders bei schweren Fällen, ziemlich viele Reizungsformen, die in der Rekonvaleszenz mehr oder weniger rasch abnehmen. Bei schweren Fällen findet sich in den ersten Tagen eine mäfsige Anzahl Myelocyten und Normoblasten. In der späteren Zeit nur noch sehr vereinzelt, bei leichteren Fällen überhaupt nicht.

Die grofsen Mononukleären und Übgergangszellen zeigen im allgemeinen durchschnittliche Werte, scheinen aber mit dem Zurückgehen der Lymphocyten eine gewisse Vermehrung zu erfahren.

Eosinophile und Mastzellen sind weder auffallend vermehrt noch vermindert, verschwinden nie ganz.

Zur Diagnose kann das Blutbild im exanthematischen Stadium mit Vorsicht, zur retrospektiven Diagnose aber nicht verwendet werden." *Gunsett-Strafsburg.*

Variola, Variolois und Varicellen, von E. Bertarelli-Parma. (*Morgagni.* 5. Juni 1910.) Der Begriff der Variolois sollte aus der Medizin verschwinden, da Variolois immer identisch ist mit einer leicht verlaufenden Variola, die aber in epidemiologischer Hinsicht alle Gefahren der schweren Variola in sich birgt. Von Varicellen ist die Variola, auch wenn sie leicht verläuft, sicher zu unterscheiden, und zwar durch den Tierversuch. Denn es gelingt immer die Krankheit auf die Kaninchen- oder Affencornea zu übertragen und bei Kälbern in serienweiser Weiterimpfung kuhpockenartige Erscheinungen hervorzurufen. Das Auftreten in der Corneaimpfpustel des Kaninchens von Cytoryctes und beweglichen Körperchen und die Filtrierbarkeit des Virus sind sichere Kriterien für die Diagnose. *Gunsett-Strafsburg.*

Beitrag zur Behandlung der Variola, von W. Dreyer-Kairo. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 31.) Von den zum Teil recht günstigen Erfahrungen über die Behandlung von Pockenkranken mit rotem Licht nach Finsen ausgehend, hat Verfasser versucht, die dieser Methode anhaftenden Übelstände zu umgehen durch das Aufpinseln von lichtresorbierenden Substanzen auf die erkrankten Hautteile. Er benutzte dazu eine gesättigte Lösung von Kaliumpermanganat und pinselte damit am ersten Tage drei- bis viermal, an den folgenden Tagen je einmal sämtliche affizierte Gebiete systematisch ein. Auf das Variolgift selbst hat das Mittel natürlich keinen Einflufs, aber die Eiterung und deren Folgeerscheinungen wurden sehr wesentlich modifiziert. Wo Herzschwäche zu befürchten ist, empfiehlt sich wohl die Substituierung des Natriumsalzes. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Geschichte der Schutzpockenimpfung, von T. Percy C. Kirkpatrik. (*Dublin Journ. of Med. Science.* Bd. III, Nr. 461 und 462.) *Schourp-Danzig.*

Die Impfung im ersten Lebensjahr, von MAX KLOTZ-Strafsburg i. E. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 16.) Die Anschauung, dafs die Reaktion auf Infekte um so kräftiger sein müsse, je jünger der Organismus ist, und das daraus resultierende Bestreben der Eltern und mancher Ärzte, die Erstimpfung der Kinder hinauszuschieben, ist hinsichtlich der Vaccination nicht zutreffend. Fieber und lokale Reaktion halten sich bei Säuglingen in bescheidenen Grenzen. Je jünger der Säugling, um so geringer ist die Lokalreaktion. Am geringsten ist sie bei Neu- und Frühgeborenen. Erst ungefähr vom dritten bis vierten Monat an machen sich Fieber- und Lokalerscheinungen stärker bemerkbar. Zu Ulcerationen an der Impfstelle kam es bei gesunden Säuglingen nie. Manifestwerden einer bis dahin verborgenen exsudativen Diathese kommt vor. Konstitutionelle Fehler können im Gegensatz zu v. PIRQUETS Ansicht zu unangenehmen Folgen führen. Bei allen von Autor geimpften Säuglingen ging der Hämoglobingehalt (nach SAHLI) post vaccinationem um durchschnittlich 10% herab. Von Drüsenschwellungen blieben nur Früh- und Neugeborene verschont. In der Vaccination auf subcutanem Wege hoffte der Autor einen möglichen Weg zur Impfung ekzematöser Kinder zu finden, erlebte jedoch unter einer Serie von Fällen einen von Generalisation auf hämatogenem Wege. *Arthur Schucht-Danzig.*

Zur Frage der Variolavaccine, von KELSCH, TEISSIER und L. CAMUS. (*Gaz. d. hôp.* 1910. Nr. 11.) Polemische Antwort auf einen in *diesen Monatsheften* referierten Aufsatz von KUHN und VOIGT über diese Frage. Die Autoren geben zwar zu, dafs wahrscheinlich die Vaccine von der Variola abstammt oder dafs sie beide einen gemeinsamen Ursprung haben. Sie heben aber hervor, dafs es ihnen nie gelungen ist, aus Variolavirus Vaccine zu erzeugen. Die von KUHN und VOIGT erwähnten positiven Erfolge lassen sich auch durch zufällige Verunreinigungen mit Vaccine erklären.

Gunsett-Strafsburg.

Über Abnahme der spezifischen Vaccineempfindlichkeit während der Masern, von F. HAMBURGER und O. SCHEY-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 18.) Gelegentlich einer Studie über die spezifische Empfindlichkeit vaccinierter Kinder gegenüber der in der Praxis verwendeten Vaccinationslymphe fanden die Verfasser, dafs diese Empfindlichkeit während der Masern sehr beträchtlich herabgesetzt ist; und zwar zeigt sich erst eine zunehmende Empfindlichkeit, die am zwölften Tage nach der Infektion ihren Höhepnnkt erreicht, dann aber schnell abnimmt, eine Abnahme, die dann nach einigen Tagen durch das Auftreten eines typischen Masernexanthems ihre Erklärung findet. Aus den Beobachtungen geht hervor, dafs eine gegenseitige Beeinflussung zweier Infektionskrankheiten im selben Organismus möglich ist.

W. Lehmann-Stettin.

Das Impfen in Indien, von A. BUCHANAN. (*Brit. med. Journ.* 26. Febr. 1910.) Verfasser führt als Beispiel von dem Segen der Vaccination folgende Beobachtung aus einer Schule von 50 Knaben in Indien an: 20 Knaben waren nie geimpft worden; von diesen zeigten 17 Pockennarben im Gesicht, 7 nur wenige, aber 10 viele; von den 30 einmalig geimpften Knaben zeigten nur 5 Gesichtsnarben, und auch das nur in geringem Grade. Fälle von Erblindung infolge von Variola schildert Verfasser auch etliche, und er führt an, dafs in Berar z. B. während der Jahre 1869—1886 mehr als 45000 Menschen an Pocken starben, dafs aber in den folgenden 17 Jahren, nachdem das Impfen mehr oder weniger geübt wurde, die Zahl auf etwa 9000 zurückging.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Weitere Untersuchungen über das Vaccinevirus, von S. v. PROWAZEK-Hamburg. (*Centralbl. f. Bakter.* Bd. 56, Heft 1.) In Fortsetzung früherer Untersuchungen berichtet P. über einige neuere Versuche, von denen er glaubt, dafs sie eine Klärung über die sehr komplizierten und für die Chlamydozoenauffassung sehr wichtigen bio-

logischen Verhältnisse bringen könnten. Es handelte sich I. um Immunisierungsversuche mit abgetötetem Virus: mit dem bei 58° C abgetötetem Virus gelang es, subcutan Albinokaninchen zu immunisieren; die geimpften Hornhautstellen konnten ferner noch längere Zeit Parasitenträger in dem Sinne bleiben, daſs das Virus sich in den Intercellularen der immunen Zellen (Zellimmunität) hält. II. Versuche mit Kolloidfiltraten: die Flüssigkeit, welche nach Filtration von 20 Portionen Vaccinelymphe gewonnen wurde (unter besonderen Vorsichtsmaſsregeln), war keim- und virusfrei, man konnte aber in keiner Weise mit ihr immunisieren. Was schlieſslich III. die Versuche über die Absorption der kleinen korpuskulären Erreger sowie ihre Gröſse und Senkgeschwindigkeit betrifft, so konnte weder eine Absorption (Haut und Cornea) festgestellt werden, noch fand ein Absinken der Körperchen (in 24 Stunden um 5 ccm) statt, im übrigen müssen diese schwierigen Versuche nach P.s Ansicht in veränderter Form wiederholt werden.

Stern-München.

Vergleichung der „Vaccinostyles" und der „Vaccinogriffes", von Bonnette. (*Gaz. d. hôp.* 1910. Nr. 13.) Von Maréchal wurde ein lanzettartiges Impfinstrument (Vaccinostyle), von Isambert ein mehr ritzendes Instrument (Vaccinogriffe) angegeben. Letzteres soll praktischer sein und ein Aufgehen der Vaccinepusteln eher gewährleisten, was durch eine kleine Statistik nachgewiesen wird. *Gunsett-Straſsburg.*

Zur Frage der „Vaccinostyles" und der „Vaccinogriffes", von Paul Salmon. (*Gaz. d. hôp.* 1910. Nr. 17.) Der Verfasser empfiehlt zur Impfung statt aller komplizierter Apparate die einfache Schreibfeder zu verwenden. Auch soll eine einzige Impfpustel vollauf zur Immunisierung genügen. *Gunsett-Straſsburg.*

Zur Frage der „Vaccinostyles" und der „Vaccinogriffes", von Vergue. (*Gaz. d. hôp.* 1910. Nr. 20.) Der Verfasser weist an der Hand einer eigenen Statistik die Überlegenheit des „Vaccinogriffes" über die „Vaccinostyles" nach.

Gunsett-Straſsburg.

Verschiedenes.

Zu „Warnung vor der Dermatologie". (S. Nr. 1, S. 46.) Dem kürzlich hier erschienenen, sehr beherzigenswerten Artikel über obiges Thema darf ich wohl noch einen weiteren Grund zur Warnung hinzufügen. Allgemein heiſst es: Das Fach der Dermatologie ist ein sehr lukratives, „da wird das meiste Geld bei verdient." Das Gegenteil ist aber leider der Fall. Bekanntlich besteht die Klientel zum gröſsten Teil aus jungen, unverheirateten Leuten, welche heute hier wohnen, morgen „unbekannt" verziehen. Zumeist handelt es sich um lange dauernde Kuren, ein groſser Teil der Patienten ist nicht in der Lage, das Honorar stets in bar zu entrichten. Ein erheblicher Teil der Liquidationen kommt dann mit dem Postvermerk zurück, „Adressat verzogen, wohin unbekannt". Es folgen dann die Scherereien mit den Nachforschungen nach den neuen Wohnungen. Auf diese Weise kommen ein drittel der Liquidationen überhaupt nicht ein. In Summa dürften die Verluste sich auf 30 bis 40% belaufen. Dazu der Aufwand, der bei keiner anderen Spezialität ein gleicher ist. Es finden sich viel Leute aus allen Gesellschaftsklassen ein, von denen natürlich „Keiner gesehen werden will". — Alles in allem: eine recht wenig empfehlenswerte Spezialität. Hoffentlich dient das alles dazu, die Hochflut der Dermatologen der letzten Jahre etwas einzudämmen! B. (*Ärztl. Vereinsblatt.* 1910. Nr. 793.)

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 52. №. 4. 15. Februar 1911.

Paraurethrale, im Anschlufs an einen gonorrhoischen Abscefs hervorgetretene Cyste.

Von

Dr. ADAM V. KARWOWSKI-Posen.

Mit sechs Abbildungen im Text.

Bei der Durchsicht der — im Verhältnis zu den meist kärglichen[1] Notizen in den Lehrbüchern über Geschlechtskrankheiten — recht umfangreichen Literatur über die akzessorischen, epithelialen Hohlgebilde am männlichen Genitale, fallen uns zunächst zwei Hauptgruppen von Fällen auf, nämlich 1. epitheliale Gänge, 2. epitheliale Cysten.

Erstere sind in der überwiegenden Mehrzahl aus Anlafs einer meist gonorrhoischen Entzündung beobachtet und beschrieben worden. Nur wenige Arbeiten gingen bei diesem Thema von rein anatomischen Untersuchungen aus, z. B. OBERDIEK 1884, ASCHOFF 1894, KUZNITZKY 1898, E. SAALFELD 1898, TANDLER-DÖMENY 1898, JANET 1901, v. EBNER 1902, PASCHKIS 1902 und 1903, EBERTH 1904, WECHSELMANN 1904, LICHTENBERG 1905, STIEDA 1905, HENSEL 1910 u. a.

Dagegen sind die Cysten zumeist ohne entzündliche Komplikationen beschrieben. So finden wir z. B. in der umfangreichen Arbeit von ENGLISCH unter 40 zusammengestellten Fällen (sechs eigene) nur in wenigen voraufgegangene Entzündung bzw. früher durchgemachtem Tripper erwähnt. Auf Entzündung deutender, d. h. mit Eiter vermischter Inhalt wurde nur in den Fällen von LANNELONGUE-ACHARD, FOCHIER, LÉJARS, BALZER-SOUPLET und einem Falle von ENGLISCH gefunden. Auch bei den von anderen Autoren (s. u.) beschriebenen paraurethralen Cysten habe ich selten Angaben über entzündliche Vorgänge vor Hervortreten der Cysten angetroffen.

Sowohl den Gängen als den Cysten ist gemeinsam, dafs sie als angeboren angesehen werden, wie sie ja eigentlich nur Modifikationen des-

[1] Das soeben erschienene „Handbuch der Geschlechtskrankheiten" von FINGER, JADASSOHN, EHRMANN und GROSZ bildet eine rühmliche Ausnahme.

selben pathologischen Bildungsvorganges darstellen. Dafs die Gänge hauptsächlich erst dann gefunden wurden, wenn sie gonorrhoisch erkrankten, liegt wohl daran, dafs sie im Ruhezustande weder dem Patienten noch dem Arzte so leicht auffallen konnten, während die Cysten, die bis zu der ziemlich ansehnlichen Gröfse eines Hühnereies beschrieben sind, natürlicherweise eher die Aufmerksamkeit sowohl des Kranken als des Untersuchenden auf sich lenken mufsten.

Eingeteilt werden die Gänge von verschiedenen Gesichtspunkten aus, und zwar:

I. Nach ihrer Lage.

a) Am Präputium und Frenulum (z. B. Fälle von Oedmannssohn 1885, Touton 1889 und 1892, Pick 1889, Jadassohn 1890, Fabry 1891, Ehrmann 1896, Róna 1897, Reach-Raskai 1899, Reichmann 1899, Pezzoli 1900, Lanz 1901, Hallopeau-Lemierre 1901, S. Grosz 1902, Bruhns 1904, Max Winkler 1905, Gutmann 1910 u. a.).

b) Am Orificium urethrae bzw. an der hypospadischen Öffnung (Fälle von Pontoppidan 1885, Touton, Pick, Lang 1893, Aldor 1892, Feleki 1892, Voss 1904, Róna, Horváth u. a.).

c) An der Unterseite des Penis (Lanz, Róna, Jadassohn, Touton, Gutmann u. a.).

d) An der Dorsalseite des Penis (z. B. Pick).[2]

II. Nach ihrem Epithel (Cylinder-, Platten-, Übergangsepithel).

III. Nach ihrer Abstammung.

a) Von der äufseren Haut.

b) Von der Schleimhaut der Urethra. Letztere Einteilung wird wohl mit Recht von Róna und von Paschkis als grundlegend angesehen.

Was nun die paraurethralen[3] Cysten betrifft, so mufs man sie, in Ermangelung einer grundlegenden Einteilung, nach dem vorliegenden Material ebenfalls von verschiedenen Gesichtspunkten aus sichten, und zwar:

I. Nach ihrer Lage.

a) Innerhalb der Raphe. Dies ist der Typus der von Englisch zusammengestellten Cysten, welche dieser Autor streng von den nicht in der Raphe liegenden abgrenzt.

---

[2] Die Literatur über die paraurethralen Gänge ist dadurch noch durchaus nicht erschöpft. Es schrieben darüber, nachdem wohl zuerst Diday 1860, später Jamin 1886 und Otis 1880 auf sie aufmerksam gemacht hatten, noch Finger, v. Crippa 1884, Taruffi 1891, Haenlein 1894, Jesionek 1895, Ullmann 1895, Bastian 1895, v. Bokay 1900, Neuberger 1902, Cronquist, Jullien, Boisson 1905, Sellei 1903, E. Amstrong, E. Spitzer 1905, P. Cohn 1907, Guerin, J. Pfersdorff u. a. Ich verweise im übrigen auf das Literaturverzeichnis.

[3] Nach Stieda ist der Ausdruck „paraurethral“ allerdings nur für solche Gänge — mithin wohl auch Cysten — zu gebrauchen, welche mit der Harnröhre zusammenhängen.

b) Aufserhalb der Raphe. Hierzu dürften diejenigen neben der Harnröhre gelegenen Cysten zu rechnen sein, die zwar in ihrem Bau oft mit den „Cysten der Raphe“ übereinstimmen, aber sich nicht strikte an diese Lokalisation halten. Natürlich gehören intraurethrale Cysten, wie sie z. B. von SCHWERIN beschrieben sind, nicht hierher.

II. Nach ihrer Entstehung und Inhalt.

a) Dermoide.

b) Schleimcysten.

c) Atherome.

d) Aus versprengtem Epithel entstandene Cysten (Einteilung nach ENGLISCH für die Cysten der Raphe).

III. Nach ihrem Bau.

a) Makroskopisch: 1. abgeschlossen, 2. mit Gängen oder anderen Cysten verbunden, 3. mit Öffnung nach aufsen, bzw. in die Harnröhre.

b) Histologisch: Cylinder-, Pflaster-, Übergangsepithel.

Ein Moment scheint, wie oben erwähnt, nach der Ansicht der Autoren (soweit sie mir zugänglich waren) den paraurethralen Cysten, welche Lage und welchen Bau sie auch haben, gemeinsam zu sein, nämlich dafs sie angeboren sind. Zwar wird vielfach mitgeteilt, dafs die betreffende Cyste erst seit einer gewissen Zeit bemerkt wurde, doch stets wird die Meinung ausgesprochen, dafs sie kongenital entstanden sei.

Da ich Gelegenheit hatte, einen Fall zu beobachten, der, abgesehen von einigen anderen Abweichungen, von den beschriebenen sich noch dadurch auszeichnete, dafs die kleinwallnufsgrofse Cyste sich anscheinend erst während einer Gonorrhoe aus einem epithelialen, mit Drüsen ausgestatteten paraurethralen Gange bildete, so halte ich es für nicht uninteressant, ihn näher zu beschreiben.

Es handelte sich um folgenden Fall, dessen Anamnese der intelligente Patient mir genau niederschrieb.

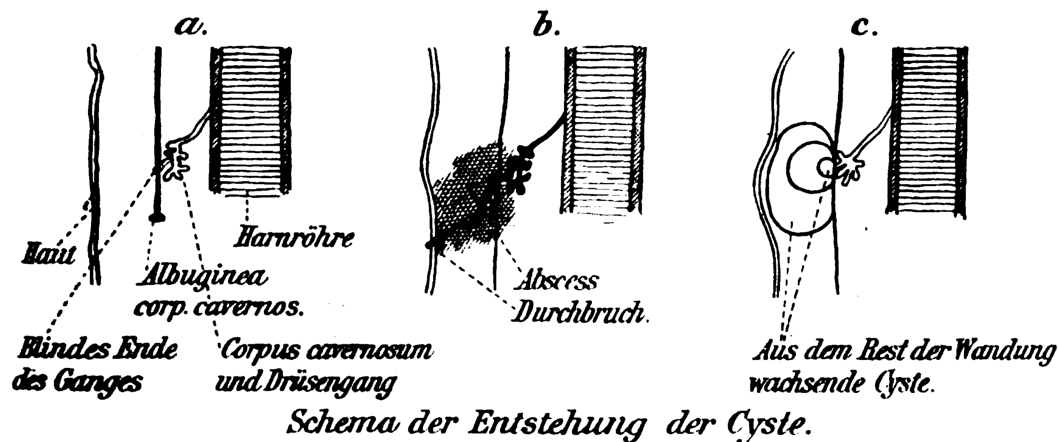
Herr K. K., Graveur, 28 Jahre alt, hatte 1902 einen Tripper ohne Komplikationen, 1903 Lues durchgemacht und nach entsprechender Behandlung keine Erscheinungen mehr gehabt. Am 1. September 1909 bemerkte er einen Tripper und suchte einen Kollegen auf, der ihm eine 0,25%ige Protargollösung zum dreimal täglichen Spritzen aufschrieb. Eine Woche nach Beginn der Einspritzungen bemerkte Patient an der Unterseite der Urethra, etwa 2 cm vom Frenulum entfernt, wo sich ein hirsekorngrofses Knötchen gebildet hatte, einen heftigen, stechenden Schmerz. Der Arzt stellte „das Eindringen der Gonokokken in einen seitlichen Kanal“ fest und liefs weiter spritzen. Nach drei Tagen wurden die Schmerzen so heftig, dafs ein weiteres Einspritzen unmöglich wurde. Es wurde angeordnet, nur einmal täglich zu spritzen und mehrmals die Harnröhre mit einer leichten Kalium permanganicum-Lösung auszuspülen.

Unterdessen entstand eine heftige Entzündung des ganzen Gliedes, welches so anschwoll, dafs das Orificium unter dem verschwollenen Präputium gar nicht mehr sichtbar war. Aussetzen der Einspritzungen, nur Kaliumspülungen und Umschläge mit essigsaurer Tonerde. Doch ging die Schwellung nicht zurück, vielmehr buchtete sich an der bezeichneten Stelle eine „gelbe Kuppe" vor, welche aufbrach, worauf sich dunkler, rötlichgelber Eiter entleerte. Es war dies vier Wochen seit Beginn der Behandlung. Im Laufe von weiteren drei Wochen schwoll das Glied ab und nahm normale Gestalt an. Die äufsere Öffnung des Abscesses heilte zu. Nunmehr entleerte sich Eiter nur nach der Urethra zu, wenn man die Stelle des Abscesses drückte. Es wurden nun Protargolspritzungen wieder aufgenommen und das zurückgebliebene Knötchen nach der Urethra zu ausgeprefst, was Patient etwa vier Wochen fortsetzte. Aus dem Sekret der Harnröhre schwanden die Gonokokken, kamen aber nach dem Auspressen des Knötchens wieder zum Vorschein. Allmählich schlofs sich die urethrale Öffnung des Knötchens und es konnte kein Eiter mehr herausgeprefst werden. Nun begann aber das Knötchen zu wachsen, was Patienten unruhig machte und ihn veranlafste, mich zum ersten Male aufzusuchen.

Status am 29. März 1910: Aus der Harnröhre läfst sich spärliches, schleimiges Sekret herauspressen, welches vereinzelte Epithelien, Leukocyten, aber keine Gonokokken enthält. Urin in erster Portion klar mit einigen Flöckchen, in zweiter und dritter völlig klar. Auf der Unterseite des Penis, etwa 1½—2 cm vom Frenulum entfernt, fühlt man einen rundlichen, elastischen Knoten von etwa 0,6 cm Durchmesser. Der Knoten ist fest mit der Harnröhre verbunden, nach der Haut zu von lockerem Bindegewebe umgeben. Weder eine Öffnung noch ein Strang nach der Haut zu läfst sich trotz sorgfältiger Untersuchung feststellen. Die Haut läfst sich überall über die Konvexität des Knotens verschieben. Druck auf denselben bringt keinerlei Sekret in der Harnröhre zum Vorschein. Bei endoskopischer Untersuchung der Harnröhre sieht man zwar mehrere noch etwas gerötete Mündungen LITTRÉscher Drüsen, an Stelle des Knotens jedoch läfst sich trotz eifrigen Suchens keine Öffnung, bei Druck auf den Knoten auch kein Sekret feststellen.

Ich empfahl nun Patienten, das Drücken des Knötchens zu unterlassen, vorsichtshalber aber noch leichte Protargoleinspritzungen zu machen. Am 5. April konsultierte mich Patient wieder. Das Knötchen erscheint etwas vergröfsert. Am 19. April hat es die Gröfse einer grofsen Kirsche erreicht, so dafs sich Patient zur Operation entschliefst. Auch jetzt ist die Haut über dem Tumor leicht verschieblich, entzündliche Erscheinungen fehlen vollkommen. Am 23. April wurde unter Lokalanästhesie der kleine Tumor entfernt. Es zeigt sich, dafs er in lockerem Bindegewebe liegt und eine derbe fibröse Kapsel besitzt. Die Ausschälung gelingt ganz leicht

bis auf die urethrale Fläche der Geschwulst, die fest und ziemlich breit mit der Wand des Corpus cavernosum urethrae verwachsen ist. Es mufs daher ein ganz flaches, etwa 2 mm breites, 6 mm langes Stück von der Wand des Corpus cavernosum mit entfernt werden, wenn man den Tumor als Ganzes herausnehmen will. Es liegt nun die Schleimhaut der Urethra zutage. Durch einen unglücklichen Zufall gleitet dem assistierenden Kollegen das in der Urethra liegende Bougie aus und dringt durch die Schleimhaut durch, so dafs diese vernäht werden mufs. Es wird nun die Wand des Corpus cavernosum und hierauf die Wunde vernäht bis auf eine kleine Öffnung für Tamponade. Am nächsten Tage ziemlich erhebliche Schwellung, die jedoch unter Umschlägen mit essigsaurer Tonerde abnimmt. Heilung per primam bis auf die Tamponöffnung. Einige Tage nach der Operation reifsen infolge von Erektionen (die sich durch keine



Schema der Entstehung der Cyste.

Fig. 1.

Mittel dämpfen liefsen) die Schleimhautnähte und es bildet sich eine Fistel, welche eine Nachoperation nötig macht.

Der herausgenommene Tumor hat annähernd Kugelform und die Gröfse einer grofsen Kirsche. Er ist prall elastisch, von einer derben, weifsen Bindegewebshülle umgeben. Auf der einen urethralen Fläche sieht man einen länglichen Streifen gelblichen, kavernösen Gewebes. Auf der Konvexität läfst sich keinerlei Öffnung oder Narbe nachweisen. Punktion ergibt einen breiigen, atheromatösen Inhalt, der mikroskopisch sich als aus abgestofsenen Epithelzellen und ganz vereinzelten Leukocyten erweist. Gonokokken konnten nicht festgestellt werden.

Der Tumor wird senkrecht zur Längsachse in zwei Teile zerschnitten, der breiige Inhalt wird entleert und die beiden Hälften in Alkohol gehärtet und in Paraffin eingebettet. Hierauf werden beide Hälften in senkrecht zur Längsachse gerichtete Serienschnitte zerlegt.

Histologischer Befund: Die Schnitte wurden in Hämatoxylin-Eosin, polychromem Methylenblau, saurem Orcein, nach GRAM, GIEMSA, UNNAs Mucinfärbung gefärbt.

Es zeigte sich nun folgendes Bild:

Die Wand der Cyste besteht aus drei Schichten, und zwar aus einer inneren, epithelialen, einer derben und einer lockeren Bindegewebsschicht. Außerdem hebt sich an der urethralen Seite deutlich das mit der Wand der Cyste fest verwachsene Corpus cavernosum ab.

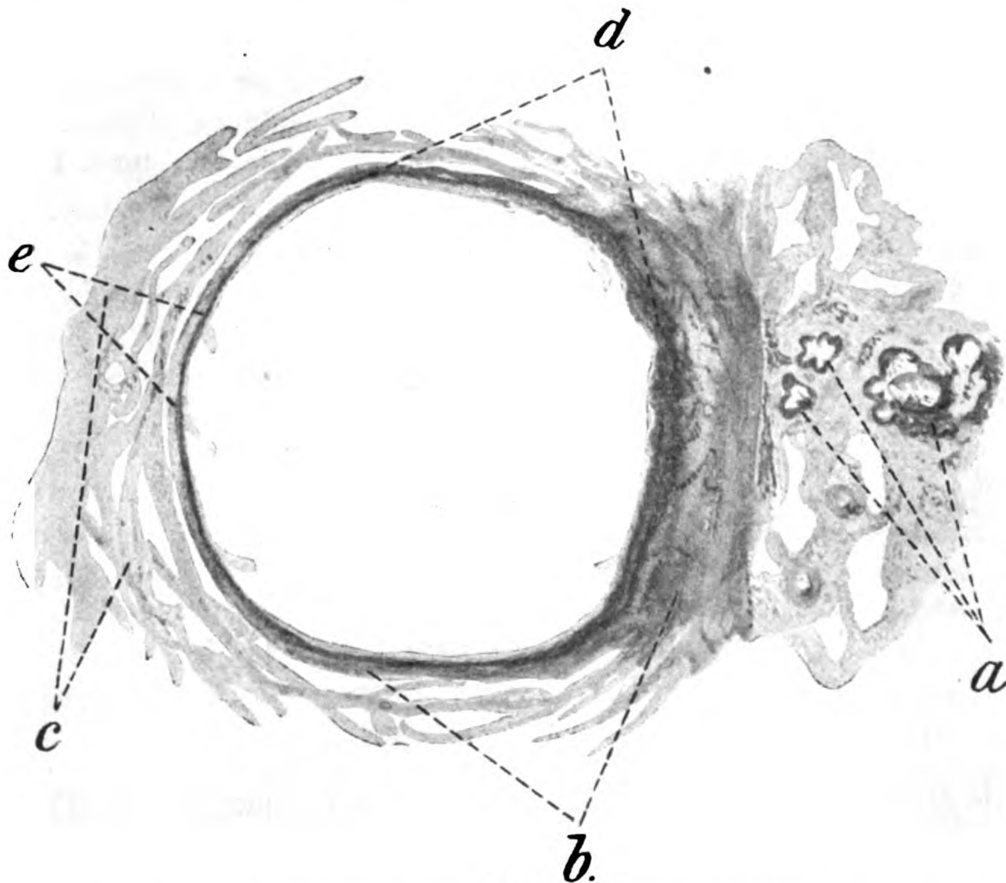


Fig. 2.

Gesamtansicht des Cystenquerschnittes. a) Rechts Corpus cavernosum mit drei Drüsenausläufern; b) derbe dünne Bindegewebskapsel geht in Albuginea corporis cavernosi über; c) ringsherum lockeres Bindegewebe; d) Epithel an Verwachsungsstelle breit, an Konvexität dünn; e) abgelöste Epithellamellen.

Das Epithel hat einen durchaus epidermisähnlichen Charakter. An der mit dem Corpus cavernosum verwachsenen Stelle sitzt auf ziemlich unregelmäßig zackigen Papillen eine Reihe cylindrischer Zellen, an welche sich zwei bis fünf Reihen teils mehr abgeflachter, teils fast kubischer, an Stachelzellen erinnernder Zellen schließen. Auf diese folgt eine recht breite Schicht von großen, zum Teil ödematös geschwollenen Zellen, deren Kerne vielfach in Vakuolen liegen. Hiervon hebt sich ziemlich scharf, an ein-

zelnen Stellen mehr verschwommen, eine helle Zone mit vereinzelten, noch erhaltenen Kernen oder Kernkonturen ab. Es handelt sich wohl um eine parakeratotische Hornschicht. Reihen solcher verhornter Zellen mit erhaltenem Kern heben sich vielfach als abgelöste Fetzen ab.

Diese breite Epithelschicht verschmälert sich nun fast plötzlich auf etwa ein Drittel bis ein Fünftel ihrer Breite, sobald die Cystenwand von dem Corpus cavernosum abrückt. Sie besteht in der ganzen Konvexität der Cyste aus ganz flachgedrückten, eng aneinandergepreſsten Zellen mit einer schmalen, ebenfalls parakeratotischen Hornschicht. Das Epithel verschmälert sich auf dem, dem urethralen gegenüberliegenden Pole derartig,

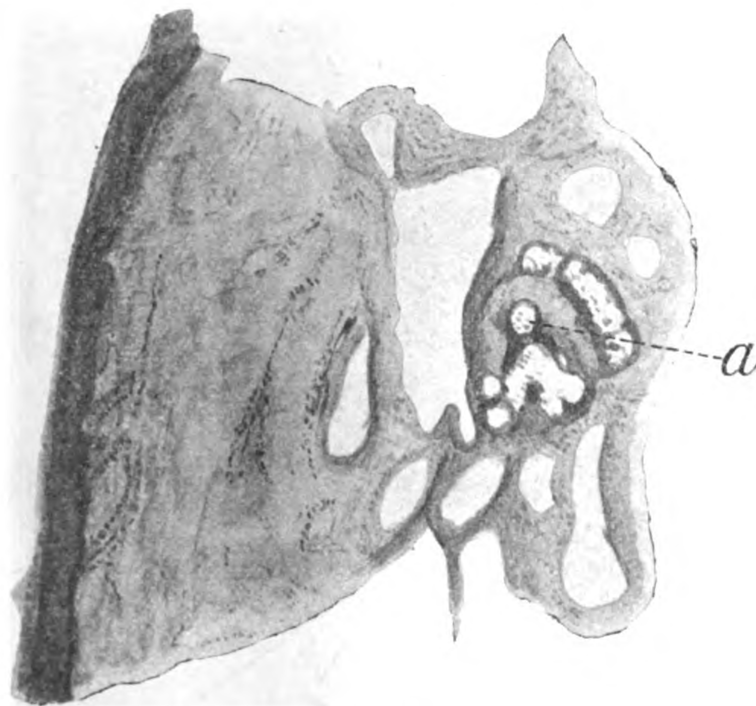


Fig. 3.
Dieselbe Drüse an einer anderen Stelle. a) Drüschen von mehrschichtigem Epithel umfaſst.

daſs eine kleine Strecke der Wand den Eindruck macht, als wäre sie von einer epithelialen Bekleidung entblöſst.

Irgendwelche Andeutungen von Follikeln oder Haaren sind nirgends zu finden.

Das Epithel wird von einer bindegewebigen Kapsel umschlossen, welche an der urethralen Fläche direkt in die Albuginea des Corpus cavernosum übergeht. Hier ist das Bindegewebe besonders fest gefügt und zellreich. Zahlreiche Gefäſse ziehen längs oder schräg zum Epithel. Um die Gefäſse sieht man Anhäufungen von Plasmazellen und verhältnismäſsig vielen Mastzellen. An der Konvexität ist die bindegewebige Kapsel

ziemlich schmal, aber ebenfalls kompakt. An sie schliefst sich nach aufsen lockeres Bindegewebe an, in welchem hier und da ebenfalls von Plasma- und Mastzellen umgebene Kapillaren auffallen. Dieses Gewebe ist nicht sehr zellreich, nur in der Gegend, wo das Epithel — wie oben erwähnt — fast ganz schwindet, sieht man eine etwas regere Zellproliferation.

Die elastischen Fasern durchziehen als sehr zartes Netz zirkulär die Kapsel. Nach aufsen schliefst sich eine Schicht von ebenso zarten,

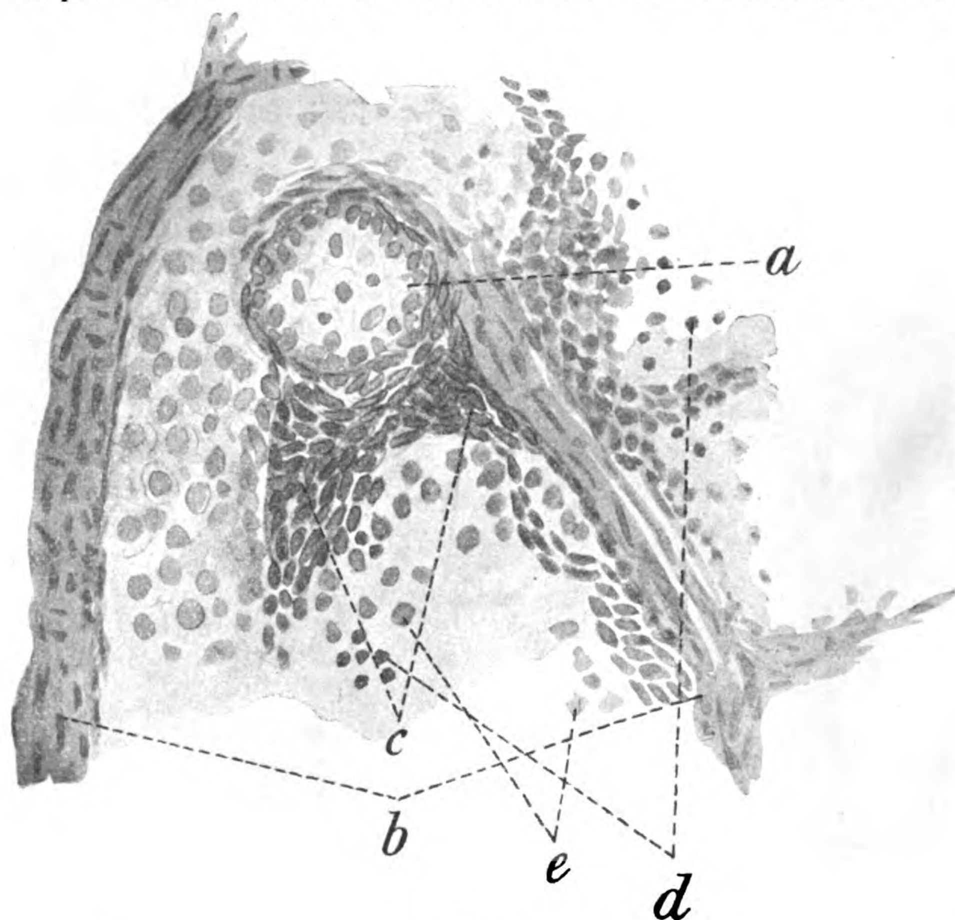


Fig. 4.
Ein Teil dieser Drüse bei starker Vergröfserung. b) Bindegewebssepta. a) Runde Drüsenalveole, umschlossen von c) mehrschichtigem, aus abgeplatteten Zellen bestehenden Epithel; d) Leukocyten; e) abgestofsene Zellen.

aber mehr radiär verlaufenden Fasern an. In dem derben Bindegewebe der mit dem Corpus cavernosum verwachsenen Wand sieht man stärkere, zum Teil recht dicke elastische Fasern, welche in Form breiter Balken auf die Septa des Höhlenkörpers übergehen.

An dieser Stelle ist auch der Befund am interessantesten. Mitten im kavernösen Gewebe, dessen Lakunen den gewöhnlichen Bau aufweisen und deren Septa nur hier und da von Plasmazellen durchsetzt sind, fällt sofort ein dunkler gefärbtes Gebilde auf, welches folgendes Bild darbietet:

Von einem bindegewebigen Stroma, welches den Raum einer grofsen Lakune einnimmt, gehen zarte Ausläufer nach innen und teilen das Gebilde in eine Anzahl runder bzw. ovaler Hohlräume. Diese Hohlräume sind mit Epithel bekleidet, welches in zweierlei Form auftritt. Einerseits besteht es aus meistens einer Reihe von Cylinderzellen, welche ein kreisförmiges oder ovales Lumen umsäumen. Die palisadenartig angeordneten Kerne stehen zentrifugal, während nach der Mitte zu eine schwach gefärbte Zone zu unterscheiden ist. Andererseits sieht man mehrschichtiges, ziemlich abgeplattetes Epithel, welches meist die zwischen den Konvexitäten der runden Gebilde freibleibenden Segmente ausfüllt. Streckenweise sieht man

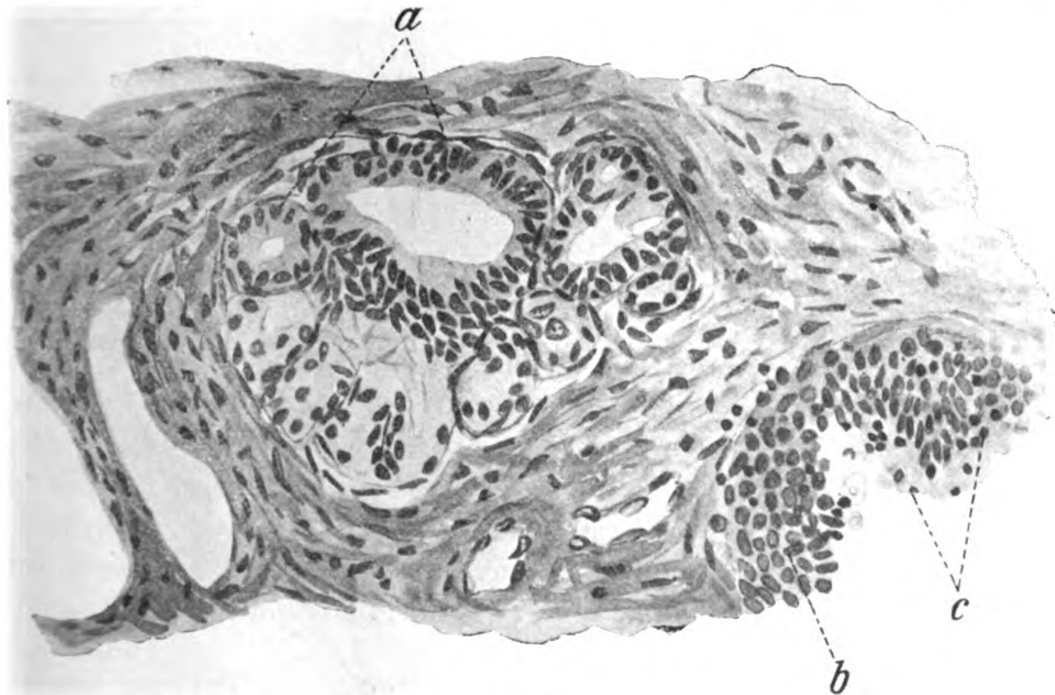


Fig. 5.

Eine andere Stelle der Drüse bei starker Vergröfserung. a) Links deutliches einschichtiges Cylinderepithel, die Lumina umsäumend; b) mehrschichtiges, von c) Leukocyten durchsetztes, zum Teil abgestofsenes Epithel.

zwischen den Epithelzellen und in den Lumina Leukocytenanhäufungen. Hier ist auch das Epithel zum Teil zerstört und abgestofsen, ja von einzelnen Hohlräumen sind nur noch die leeren Septa übrig geblieben. Verfolgt man die Serie weiter, so erscheint neben dem eben beschriebenen ein zweites epitheliales Gebilde, welches jedoch ein einheitliches Lumen, aber mehrschichtiges Übergangsepithel aufweist. Unterdessen hat auch das erste seine Form verändert. Die bindegewebigen Septa haben sich verbreitert und teilen das Gebilde in mehrere gesonderte Teile. Auf späteren Schnitten sieht man keinen alveolären Bau mehr, sondern zwei bis drei einheitliche Lumina, welche von mehrschichtigem Übergangsepithel bekleidet sind.

Leider sind mir mehrere Schnitte der Serie gerade an dieser Stelle der Cyste defekt geworden und verdorben, so dafs ich einen direkten Übergang der in Segmente eingeteilten Hohlräume in die einfachen nicht beobachten konnte. Da jedoch die Lage der letzteren genau den ersteren entspricht, glaube ich einen solchen Übergang mit Sicherheit annehmen zu dürfen, um so mehr, als auch in den einfachen Hohlräumen, die offenbar epitheliale Gänge darstellen, gelegentlich auch rundliche Ausbuchtungen zu sehen sind und in beiden Bildungen Entzündungserscheinungen auffallen.

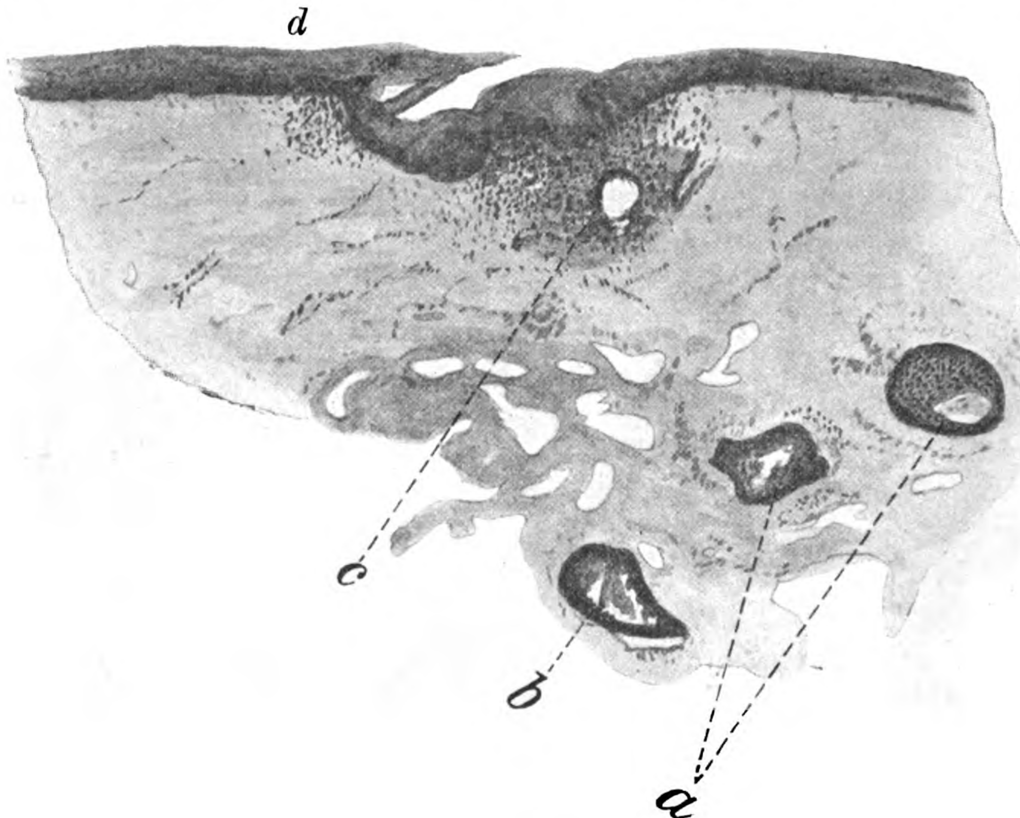


Fig. 6.
a) Gänge mit mehrschichtigem, zum Teil Übergangs-, zum Teil abgeplatteten und verhornten Epithel; b) mit Hornleisten; c) bereits einmündender stark mit Leukocyten durchsetzter Gang; d) epitheliale Auskleidung der Cyste.

Diese Gänge nähern sich immer mehr der Albuginea, durchbrechen diese schliefslich und münden, nachdem sie sich bedeutend erweitert und zum Teil miteinander vereinigt haben, in die Cyste hinein. Hier haben sie auch schon Epithel von demselben Charakter wie die Cyste mit abgestofsenen, unvollkommenen, verhornten Zellen. Starke Rundzellenanhäufungen, wie z. B. bei einem Gange in der Abbildung 6 ersichtlich ist, umgeben das Lumen bei der Einmündung. Auch solide Epithelleisten treten hier auf, die jedoch wohl als schräg getroffene Wandungen aufzufassen sind.

In den weiteren Schnitten sind einerseits nach der Einmündung der Gänge, andererseits nach dem Verschwinden derselben und der drüsigen Gebilde am freien Rande des in den Schnitten getroffenen Corpus cavernosum keine weiteren epithelialen Gebilde neben der Cyste zu sehen.

Fassen wir den histologischen Befund zusammen, so haben wir folgendes: Es handelt sich um eine, mit mehrschichtigem Pflasterepithel ausgekleidete, mit dem Corpus cavernosum urethrae fest verwachsene Cyste, welche durch mehrere epitheliale Hohlgänge mit drüsigen Bildungen im Corpus cavernosum verbunden ist. Das mehrschichtige, auf einem deutlich ausgebildeten Papillarkörper ruhende parakeratotische Epithel der urethralen Fläche der Cyste hat sich durch den starken Zug und Druck, der auf der Konvexität der rasch wachsenden Cyste von innen lastete, an den übrigen Teilen der Wand ganz plattgedrückt. Das Epithel sonderte grofse Mengen unvollständig verhornter Zellen ab, welche den Inhalt der Cyste ausmachen.

Was nun die epithelialen Gebilde, welche quer das Corpus cavernosum durchziehen und in die Cyste münden, betrifft, so mufs man sie, wie oben erwähnt, als Hohlgänge mit Drüsen auffassen.

Die in Septen eingeteilten Bildungen ähneln auffallend den Abbildungen, die Eberth in seinem vortrefflichen Werke von Urethralgängen mit endständigen Alveolen gibt. Ich habe zwar den unmittelbaren Übergang der Gänge in die Drüsenalveolen aus äufseren Gründen nicht feststellen können, halte ihn aber für im höchsten Grade wahrscheinlich.

Nun fragt es sich, ob diese Gänge bzw. Drüsen auch nach der anderen Richtung, nach der Urethra zu, kommunizierten, d. h. ob die Cyste durch Vermittelung dieser Gänge mit der Harnröhre in Verbindung stand?

Direkt läfst sich das nicht beantworten, da wir ja diese Elemente nur bis an den herausgeschnittenen Rand des Corpus cavernosum, nicht aber bis zur Urethra verfolgen konnten. Wir müssen uns daher die anatomischen Verhältnisse der Drüschen und Gänge der Harnröhre vergegenwärtigen. Wir haben hier also 1. die Morgagnischen Lakunen mit dem gleichen mehrschichtigen Epithel wie die Harnröhrenschleimhaut. 2. Schon differenzierte Drüschen, deren es zwei Arten gibt (Eberth), und zwar a) intraepitheliale Drüschen aus einer oder mehreren Zellen, die sich von dem umgebenden Epithel durch hellen Inhalt und leichte Auftreibung unterscheiden (Eberth hat an ihnen im Gegensatz zu v. Ebner und Aschoff keine Becherbildung beobachtet, während Paschkis das Vorhandensein solcher Becherzellen hervorhebt); b) finden sich hier die gröfseren Littréschen Drüsen, welche wiederum als einfache flaschenförmige Ausbuchtungen der Schleimhaut mit Drüsenepithel im Fundus oder als verzweigte, mehr oder weniger lange Gänge mit drüsigen Alveolen auftreten. Ihr Verlauf ist

teils senkrecht, teils schräg, teils parallel zur Harnröhre und sie können mitunter weit in das Schwellgewebe der Urethra hineinreichen.

Alle diese Drüschen finden sich meist in den oberen und seitlichen Partien der Urethralschleimhaut, seltener an der Unterfläche.

c) Endlich befinden sich hier auch noch 8—12 mm lange Paraurethralgänge, die längs der Urethra verlaufen und zuweilen blind im kavernösen Gewebe endigen. Sie sollen nach KUZNITZKY nicht aus Urethraldrüsen durch Sprossung des Epithels entstanden sein, sondern durch ungleiches Wachstum des Epithels der Urogenitalplatte bei ihrem Vorrücken auf die Unterfläche des Geschlechtshöckers, wodurch Rinnen des Epithels durch Verwachsung ihrer Ränder zu Hohlcylindern geschlossen werden.

Ich glaube, daſs es sich in unserem Falle um eine LITTRÉsche Drüse der zweiten Kategorie i. e. mit verzweigten, tief in das kavernöse Gewebe reichenden Gängen gehandelt hat, daſs also die mit diesem Gebilde zusammenhängende Cyste mit der Harnröhre kommunizierte. Dafür spricht der Umstand, daſs wir in den Gängen und Alveolen ausgesprochene Entzündungserscheinungen haben, die nur von der Harnröhre ausgegangen sein können. Eine Infektion von auſsen kommt nach dem klinischen Verlauf meines Erachtens gar nicht in Frage.

Danach müſsten wir die Cyste als einen Teil einer verzweigten LITTRÉschen Drüse auffassen. Es fragt sich nun, ob die Cyste bereits präformiert, d. h. angeboren war und sich im Verlauf der Gonorrhoe durch den Entzündungsreiz vergröſserte, oder ob sie sich erst während und infolge der gonorrhoischen Infektion der Drüse ausbildete?

In den mir zugänglichen Beschreibungen paraurethraler Cysten vom Bau der beschriebenen habe ich nirgends Stützpunkte für die zweite Annahme gefunden.

Es ist allerdings bekannt, daſs LITTRÉsche Drüsen infolge gonorrhoischer Erkrankung cystisch entarten können. JANET sagt von ihnen: „Les glandes (LITTRÉ) peuvent s'abcéder, devenir kystiques et ces kystes peuvent être momentanément fermés ou rester ouverts dans l'urètre." Auch SELLEI hebt dies hervor. Doch glaube ich, daſs diese Autoren in der Schleimhaut gelegene cystische Entartungen der Drüschen meinen, nicht aber Cysten von dem Bau und Umfang der meinigen. Wenigstens scheint das von JANET hierzu gezeichnete Schema darauf hinzudeuten.

Für die der meinigen ähnlichen Cysten wird durchweg kongenitaler Ursprung angenommen und höchstens in dem Entzündungsreiz infolge einer Gonorrhoe ein das Wachstum der Cyste auslösendes Moment erblickt. ENGLISCH gibt dies für einige Fälle seiner Sammlung ausdrücklich zu. Sonst aber sondert er die bei entzündlichen Vorgängen in der Harnröhre beobachteten cystischen Gebilde ganz von seinen „Cysten der Raphe" ab.

Doch spricht ENGLISCH hierbei von Abscessen, die an denselben Stellen durch Vereiterung von Harnröhrenfollikeln oder MORGAGNIschen Lakunen entstehen können. Daſs nach Ausheilung solcher Abscesse aus der übriggebliebenen, mit Epithel ausgekleideten Wandung sich Cysten entwickeln können, wie dies ja denkbar ist und bei unvollkommen exstirpierten Atheromen vorkommt, wird nicht erwähnt. Die Entzündungen werden als sekundär angesehen in bereits bestehenden, wenn auch vielleicht noch kleinen und infolge des Reizes wachsenden Cysten.

Zu der Kategorie der „Cysten in der Raphe" sind noch die Fälle von SPITZER (1905) sowie von PAETZOLD (1907) zu zählen. Präputiale Dermoidcysten beschrieben SIEUR und SACQUÉPÉE (1899), LILIENTHAL (1900) sowie FUKUSHIMA (1909). Die beiden letzten geben sie ebenfalls als angeboren an, ebenso wie DEUTSCH (1898), der eine angeborene Cyste, von welcher ein solider Strang nach der Urethra zog, beschreibt. Ich erwähne noch den Fall von FISCHER, der über ein „Cystadenom" der Vorhaut berichtet.

Nun konnte ich in der Literatur Fälle, die dem unsrigen analog wären, nur wenige finden, und auch diese weichen in manchem von ihm ab. So beschrieb AUDRY 1902 einen Fall, in welchem, allerdings im Verlaufe mehrerer Gonorrhoen, an der Unterfläche des Penis Abscesse entstanden, die eine längliche, harte, nach der Haut verwachsene Geschwulst zurückließen, welche bei histologischer Untersuchung eine mit epidermisähnlichem Epithel ausgekleidete Cyste aufwies.

Äuſserlich hat auch der Fall von GROSZ gewisse Ähnlichkeit mit dem meinigen. Auch hier entstand im Verlaufe einer chronischen Gonorrhoe ein Knoten an der Unterfläche des Penis, der fest mit dem Corpus cavernosum zusammenhing. Histologisch handelte es sich jedoch nicht um eine eigentliche Cyste, sondern um ein kompliziertes Gangsystem, das allerdings auſserordentlich an die in meinem Falle beschriebenen Gänge im Corpus cavernosum erinnert.

Der Fall WINKLERS (1905), den er an der JADASSOHNschen Klinik beobachtete, betrifft eine gonorrhoische Infektion einer Cyste an der Unterseite des Penis. Histologisch ähnelte sie sehr der meinigen: „Das Epithel weist an einigen Stellen eine beträchtliche Breite auf, an anderen ist es auf zwei bis drei Lagen beschränkt. Die Epithelzellen sind geschwollen und chromatinarm, das Zellprotoplasma ist verschwommen und ödematös." Doch bestand hier die Cyste schon vorher, hatte eine äuſsere Schnittöffnung und war offenbar von auſsen durch diese Öffnung infiziert.

Es handelte sich auch in diesen Fällen wie auch im Falle von CHATIN und DRUELLE um präformierte, bzw. angeborene Cysten, die gelegentlich gonorrhoisch infiziert wurden.

Demgegenüber war in unserem Falle die Sachlage anders. Patient hatte vor seiner letzten Erkrankung, auch bei seiner ersten Gonorrhoe

nicht das geringste von einer Cyste bemerkt. Erst während der letzten Gonorrhoe bemerkte er ein etwa hirsekorngroßes, sehr schmerzhaftes Knötchen, das fest mit der Unterfläche der Harnröhre zusammenhing, also das charakteristische Bild eines follikulären Abscesses, der unter heftigen Entzündungserscheinungen nach außen durchbrach. Erst nach Abheilung der äußeren Abscefsöffnung und Verschluß der urethralen Mündung des Abscesses begann das Hervortreten der Cyste, welche mit der äußeren Haut nirgends verwachsen war und nur mit dem Corpus cavernosum fest zusammenhing.

Auf Grund des klinischen Verlaufes und des histologischen Befundes erkläre ich mir den Vorgang folgendermaßen:

Von der Harnröhre aus wurde die LITTRÉsche Drüse mit ihrem Gangsystem gonorrhoisch infiziert. Die Entzündung verbreitete sich bis an das über das Corpus cavernosum nach außen ragende im Unterhautzellgewebe liegende blinde Ende der Drüse (vgl. Fig. 1). Da die urethrale Öffnung infolge der entzündlichen Schwellung sich schloß, die Entzündungsprodukte also nicht entleert werden konnten, wurde das blinde, unter geringem Druck stehende Ende mehr und mehr durch den Eiter ausgedehnt, dann das umliegende Zellgewebe in Mitleidenschaft gezogen, und es bildete sich ein Absceß aus. Nach Entleerung desselben hörte die Spannung auf, die entzündliche Schwellung am Ausführungsgang der Drüse ließ nach und dieser wurde wieder wegsam, so daß sich auf Druck Eiter nach der Urethra entleerte. Als die Eiterabsonderung allmählich versiegte, schloß sich — vielleicht nach dem Muster der Strikturen — der Ausführungsgang und das erweiterte blinde Ende der Drüse blieb nun nach beiden Seiten verschlossen.

Unterdessen hatte sich das ursprüngliche Cylinderepithel infolge des Entzündungsreizes in Pflasterepithel metaplasiert, ein Vorgang, der uns in der Harnröhre durch die Arbeiten von ORTH, FINGER, NEELSEN, DINKLER, WASSERMANN und HALLÉ, RASKAI, LOHNSTEIN u. a. genügend bekannt ist. Die verhornenden Pflasterepithelien wurden nach dem Hohlraum der Cyste abgestoßen, zum Teil in ganzen Reihen als Lamellen, wie es auch LOHNSTEIN und NEELSEN für das metaplasierte Epithel der chronisch entzündeten Harnröhrenschleimhaut beschreiben. Durch den regen Nachschub wurde die Cyste immer mehr ausgedehnt und wuchs binnen wenigen Wochen ziemlich schnell zu der Größe einer großen Kirsche an.

Ich möchte daher kurz zusammenfassend meine Ansicht in diesem Falle dahin aussprechen, daß es sich um ein bis über das kavernöse Gewebe hinausreichendes Gangsystem mit LITTRÉschen Drüsen handelte, welches an seinem, die Albuginea corporis cavernosi überragenden blinden Ende gelegentlich einer gonorrhoischen Infektion zunächst abscedierte und sich sekundär in eine mit metaplasiertem Epithel ausgekleidete Cyste umwandelte.

Literatur zu diesem Thema.[1]

1. L. Aschoff, *Virchows Arch.* 1894. Bd. 138.
2. Audry, Über die Wandungen gonorrhoischer Abscesse. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1902. Bd. 35, Nr. 10.
3. E. Amstrong, *Amer. Journ. of Derm. and Genito Urinary Diseases.* Bd. 13, Nr. 7.
4. Aldor, Über die juxtaurethralen Gänge als Ursache von chronischer Blennorrhoe. Ref. in *Wien. med. Wochenschr.* 1892. Zitiert nach Englisch.
5. Branca, Sur les glandes intraépitheliales de l'urèthre antérieur chez l'homme. *Compt. rend. hebd des séances de la Société de biol.* Nr. 13.
6. Balzer-Souplet, *Ann. de Derm. et Syph.* 1893. S. 359. (Nach Englisch.)
7. Bauchet, *Archive général de méd.* 1848. S. 11. (Nach Englisch.)
8. Boisson, Die Pathogenese der periurethritischen Prozesse. *Allg. Wien. med. Ztg.* Nr. 37.
9. Bruck, *Alger méd.* 1883. S. 95. (Nach Englisch.)
10. Bruhns, *Berl. klin. Wochenschr.* 1904. Nr. 19.
11. Bastian, Über einen Fall von Gonorrhoe eines präputialen Ganges. Inaug.-Diss. Freiburg 1895.
12. v. Bokay, Ein Beitrag zur Kenntnis der Harnröhrendivertikel bei Knaben. *Jahrb. d. Kinderheilkde.* 1900. 3. Folge, Bd. 2. (Cf. Eberth.)
13. v. Crippa, Zit. nach Sellei. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 36, S. 293.
14. Cronquist, Ein Fall von Folliculitis gonorrhoica. *Arch. f. Derm. u. Syph.* Bd. 80, H. 1.
15. P. Cohn, Ein Fall von paraurethraler Gonorrhoe. *Dtsch. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 1.
16. Chatin (Abbutin) et Druelle, Infection gonococcique d'un Kyste de la verge avec uréthrite blenorhagique consécutive. *Le progrès médical.* 1903. Nr. 4.
17. Cederkreutz, Zur Kenntnis der Topographie des Plattenepithels der männlichen Urethra im normalen und pathologischen Zustande. *Arch. f. Derm. u. Syph.* Bd. 79, H. 1.
18. Diday, De la blenorrhagie des follicules muqueux du méat de l'urèthre chez l'homme. (Zit. nach Eulenburgs *Encyklopädie.*)
19. Deutsch, Verhandlungen der Wiener Dermatologischen Gesellschaft. *Arch. f. Derm. u. Syph.* Bd. 45.
20. Dardignac, *Arch. provinc. de chir.* 1894.
21. Dinkler, Über den bakteriologischen Befund und die anatomischen Veränderungen bei der Urethr. gon. des Mannes. *Arch. f. Derm. u. Syph.* Bd. 24, Nr. 2.
22. v. Ebner, Zit. nach Eberth. Die männlichen Geschlechtsorgane. 1904.
23. Englisch, Über angeborene Cysten in der Raphe der äufseren Geschlechtsorgane. *Centralbl. f. d. Krankh. d. Harn- u. Sexualorgane.* 1902. S. 36.
24. Ehrmann, Beiträge zur Therapie der Urethralblennorrhoe und ihrer Komplikationen. *Wiener med. Presse.* 1895.
25. Derselbe, Die Entstehung der paraurethralen Gänge. *Wien. klin. Wochenschr.* 1896.
26. Ehrmann, Finger, Grosz, Jadassohn, *Handbuch der Geschlechtskrankheiten.* 1910. Bd. I.
27. Fabry, Zur Frage der Gonorrhoe der paraurethralen und präputialen Gänge. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1891.

---

[1] Ich habe die Arbeiten, die ich teils im Original, teils in Referaten finden konnte, hier zusammengestellt.

28. Finger, Blennorrhoe der Sexualorgane.

28a. Derselbe, *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1891 und 1893.

29. Feleki, Urethritis externa des Mannes. *Österr. med.-chirurg. Presse.* 1892.

30. Georg Fischer, Cystadenom der Vorhaut. *Dtsch. Zeitschr. f. Chirur.* 1889. XXIX.

31. Joh. Fick, *Derm. Zeitschr.* 1902. IX. S. 516.

32. Fochier, *Gaz. méd. de Lyon.* 1868. S. 111. (Zit. nach Englisch.)

33. Fano, *Gaz. des Hôp.* 1867. (Zit. nach Englisch.)

34. Fukushima, *Japan. Zeitschr. f. Derm. u. Urol.* 1909. Nr. 2.

35. S. Grosz, Über eine seltene Komplikation der chronischen Gonorrhoe, nebst Beiträgen zur pathologischen Anatomie der männlichen Urethra. *Monatsber. f. Urol.* 1902. S. 659.)

36. Guérin A. M., Zit. nach Eberth

37. Güterbock, Zit. nach Raskai.

38. Gerulanos, Dermoiden des Penis. *Dtsch. Zeitschr. f. Chir.* Bd. 55, S. 326. (Zit. nach Englisch.)

39. Gutmann, *Zeitschr. f. Urol.* 1910.

40. Guiard, Urétrites latentes et urétrites glandulaires. *Ann. génit.-urin.* 1884.

41. Hallopeau-Lemierre, Sur une folliculite gonococcique. *Ann. de Derm. et Syph.* 1901. Nr. 1.

42. Horváth, Isolierte primäre Gonorrhoe der paraurethralen Drüsengänge. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1898.

43. Hamonic, Des folliculites blennorh. de l'homme. *Ann. méd. chirurg. franç. et étrang.* 1885. Nr. 27.

44. Haenlein, Über Gonorrhoe der paraurethralen Gänge. Inaug.-Diss. Bonn 1894.

45. Heuyer-Darier, *Bullet. de la société de derm. et syph.* 1890. S. 142. (Zit. nach Englisch.)

46. Hensel, Accessorische Gänge des Penis. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1910. Bd. 100.

47. Janet, Les repaires microbiens de l'urèthre. *Ann. des mal. des org. gén.-urin.* 1901.

48. Jadassohn, Über die Gonorrhoe der paraurethralen und präputialen Drüsengänge. *Dtsch. med. Wochenschr.* 1890.

49. Derselbe, Zur pathologischen Anatomie des gonorrhoischen Prozesses. *Verhandl. d. Dtsch. dermatol. Ges.* 1894. S. 139.

50. Jamin, Nach Eulenburgs *Encyklopädie* und *Ann. génito-urin.* 1886.

51. Jullien, Abnorme Lokalisationen der Blennorrhoe. *Ann. des mal. des org. gén.-urin.* 1905. H. 15.

52. Jesionek, Klinische Studie über die Gonorrhoe der präputialen Drüsengänge. *Ann. d. städt. allg. Krankenhäuser*, München 1895. (Zit. nach Paschkis.)

53. Jobert-Forget, *Bull. de Thér.* 1893. S. 33. (Zit. nach Englisch.)

54. de Keersmäcker, Le rôle des glandes de Littré dans urétrite chronique. *Ann. génito-urin.* 1896.

55. Derselbe, Un diverticule de l'urètre antérieur chez l'homme. *Ann. génito-urin.* 1898.

56. M. Kuznitzky, Untersuchungen über die Richtung und den Verlauf der Schleimhautfalten der ruhenden menschlichen Urethra. *Münch. med. Wochenschr.* 1899. Nr. 46. (Zit. nach Eberth.)

57. Klein und Groschuff, Über intraepitheliale Drüsen der Urethralschleimhaut. *Anat. Anzeiger.* Bd. 12, S. 197.

58. Lichtenberg, Über die Herkunft der paraurethralen Gänge des Mannes. *Münch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 25.

59. Derselbe, Über die Entwicklungsgeschichte einiger accessorischer Gänge am Penis. *Beitr. z. klin. Chir.* 1906. Bd. 48.
60. Lang, Über gonorrhoische Paraurethritis. *Wien. klin. Wochenschr.* 1891.
61. A. Lanz, Über gonorrhoische Infektion präputialer Gänge. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1901. Bd. 55, H. 2.
62. Lannelongue-Achard, Traité des Cystes congénitales. 1886. (Zit. nach Englisch.)
63. Léjars, Des canaux accessoires de l'urètre. *Ann. génito-urin.* 1886.
64. Lilienthal, *Journ. of cutan. and genito-urinary diseases.* März 1900.
65. Mankiewicz, Über ein paraurethrales Fibrom mit Einschlufs einer Cyste. *Monatsh. f. Urol.* 1904. S. 577.
66. Mermet, *Bull. de la société anatom.* 1894. Bd. 8, S. 55. (Zit. nach Englisch.)
67. Neuberger, Klinische Beiträge zur paraurethralen und präputialen Blennorrhoe. *Festschr. d. ärztl. Vereins.* Nürnberg 1902.
68. Neelsen, Veränderungen der chronisch entzündeten männlichen Urethra. *Vierteljahrsschr. f. Derm. u. Syph.* 1887.
69. Nobl, *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1895.
70. Oberländer und Kollmann, Chronische Gonorrhoe der männlichen Harnröhre. 1901.
71. Oberdiek, Über Epithel und Drüsen der Harnblase und der weiblichen und männlichen Urethra. *Gekrönte Preisarbeit.* Göttingen 1884.
72. Oedmannsohn, Om Urethritis externe, särs kildt hos mannen och om cystabildiniger a förhuden. *Nord. med. Ark.* 1885. Bd. 17, Nr. 5. (Zit. nach Paschkis.)
73. Otis, Stricture of the male urethra; its radical cure. New York 1880. (Zit. nach Eulenburgs *Encyklopädie.*)
74. R. Paschkis, Über Drüsen und Cysten im Epithel der männlichen und weiblichen Harnröhre. *Monatsh. f. Urol.* 1903. S. 324.
75. Derselbe, Zur Kenntnis der accessorischen Gänge des Penis. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1902. Bd. 60.
76. Pick, Verhandlungen der Deutschen dermatologischen Gesellschaft am I. Kongrefs zu Prag. 1889.
77. Pezzoli, Beiträge zur Dermatologie und Syphilis. *Festschrift für Hofrat J. Neumann.* 1900.
78. Pontoppidan, Zit. bei Paschkis.
79. M. Péraire, Über Tumoren des Präputiums. *Allg. Wien. med. Ztg.* 1901. Nr. 1—4.
80. Paetzold, Dermoide und Epidermoide des männlichen Genitale. *Beitr. f. klin. Chir.* 1907. Bd. 53, H. 2.
81. Pfersdorff, Ein Fall von gonorrhoischer Erkrankung eines präputialen Ganges. Inaug.-Dissert. Strafsburg 1905.
82. Róna, Die Genese der paraurethralen Gänge. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1897.
83. Reach-Raskai, *Pester med.-chirurg. Presse.* 1899. Nr. 51.
84. Derselbe, Zur Histologie der gonorrhoischen Strikturen der Harnröhre. *Monatsber. f. Urol.* 1902. Bd. 7, S. 393.
85. Reichmann, Zwei Fälle isolierter gonorrhoischer Erkrankung paraurethraler Gänge. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1899.
86. Redard, *Revue mensuelle des meladies de l'enfance.* 1890. Bd. 8, S. 115.
87. Rennes, *Archiv général de méd.* 1831. (Zit. nach Englisch.)
88. Reclus-Retterer, *Gaz. hebdom.* 1893. S. 327.
89. Stieda, Die accessorischen Gänge des Penis. *Arch. f. klin. Chir.* 1905. Bd. 77.
90. Saalfeld, Über Tysonsche Drüsen. *Arch. f. mikr. Anat. u. Entwicklungsgesch.* 1898. (Zit. nach Paschkis.)

91. J. Sellei, Über gonorrhoische Erkrankung der Paraurethralgänge. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1903. Bd. 36, H. 6.
92. E. Spitzer, Vorkommen eines paraurethralen Ganges mit cystischer Erweiterung in der Genitoperinealraphe. *Wiener med. Presse.* 1905. Nr. 9.
93. Sieur et Sacquépée, Cyste dermoide du prepuce. *Vermorel - Griffons B.* März 1899.
94. Swinburne, Zit. nach Sellei. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1903. Bd. 36.
95. Schwerin, Über Cystenbildung in der Urethra. *Centralbl. f. d. Krankheiten d. Harn- u. Sexualorgane.* Bd. 13, H. 4.
96. Tandler-Dömeny, Über Tysonsche Drüsen. *Wien. klin. Wochenschr.* 1898.
97. Derselbe, Zur Histologie des äufseren Genitale. *Arch. f. mikr. Anat. u. Entwicklungsgesch.* 1899.
98. Touton, Über Follicul. praep. und paraurethrale Gonorrhoe. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1889.
99. Derselbe, Weitere Beiträge zur Lehre von der gonorrhoischen Erkrankung der Talgdrüsen am Penis. *Berl. klin. Wochenschr.* 1892.
100. Taruffi, Sur les canaux abnormaux de la verge. *Annales des maladies génito-urinaires.* 1891.
101. Thöle, *Beitr. z. klin. Chir.* 1898. Bd. 20. (Zit. nach Englisch.)
102. Trzebicky, *Wiener med. Wochenschr.* 1897. Nr. 10.
103. Turner, *Transact. of pathol. soc.* London 1884.
104. Ullmann, Angeborener paraurethraler Gang eines mit Gonorrhoe behafteten 22jährigen Mannes. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1895.
105. Unna, Histopathologie der Haut.
106. Derselbe, *Histolog. Atlas z. Pathol. d. Haut.* 1903. Heft 6/7.
107. Voss, Ein Fall von isolierter gonorrhoischer Affektion eines paraurethralen Ganges. *Centralbl. f. d. Krankh. d. Harn- u. Sexualorgane.*
108. Wechselmann, Über Dermoidcysten und paraurethrale Gänge der Genitoperinealraphe. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1904.
109. Willet, Zit. nach Englisch.
110. Max Winkler, Beiträge zu der Frage der paraurethralen gonorrhoischen Erkrankungen. *Monatsh. f. Urol.* 1905. S. 513.
111. Wassermann und Hallé, Contribution à l'anatomie pathologique des rétrécissements de l'urètre. *Ann. des malad. des org. gén.-urin.* 1891.

Bemerkungen zu der Vorläufigen Mitteilung von Dr. Dreuw-Berlin über „Lichtträger mit chirurgischem Ansatz“.

Von

Dr. Alfred Hock-Prag.

In Nr. 4 der *Monatshefte für praktische Dermatologie*, Bd. 50, beschreibt Herr Dr. Dreuw unter obigem Titel ein Instrument zur Behandlung und gleichzeitigen Operation in Körperhöhlen, dessen wesentliche Neuerung darin bestehen soll, dafs Lichtquelle und chirurgischer Ansatz an einem gemeinschaftlichen Stiele sich befinden, so dafs, wie sich der Verfasser

ausdrückt, „Handgriff, Lichtquelle und Messer" — respektive Behandlungsinstrument überhaupt — „ein einheitliches Ganze bilden". Zur Wahrung meiner Priorität möchte ich mir gestatten, darauf hinzuweisen, daſs ich die genannte Verbindung von Lichtquelle und Behandlungsinstrument, also den nach Dreuw genannten Lichtträger, bereits im April 1909 auf dem II. Deutschen Urologenkongreſs in Berlin beschrieben und demonstriert habe. Die hierauf Bezug habenden Stellen meiner Diskussionsbemerkungen zum Hauptthema „Blasentumoren" — Seite 452 und 453 der Verhandlungen des II. Kongresses — seien als Beweis für meine Behauptung hier wiedergegeben: „Von der Anschauung ausgehend, daſs es wünschenswert sei, das endovesikale Operieren so einfach und sicher als möglich zu gestalten, habe ich ein Instrument konstruieren lassen, das ich mir hier zu demonstrieren erlaube. Dasselbe stellt eine Modifikation desjenigen von Luys dar und betrifft die wesentliche Änderung die Beleuchtung. Bei dem Instrumente von Luys ist die Lampe fix im Rohre angebracht und man sieht die Schleimhaut erst in dem Momente, in welchem man das Instrument bis dicht an die betreffende Stelle der Blasenwand heranbringt, die man untersuchen will. Dadurch ist man gezwungen, mit dem ganzen Instrumente nicht nur seitliche Exkursionen vorzunehmen, sondern dasselbe auch jedesmal vor- und zurückzuschieben. Ich habe daher die Lampe beweglich anbringen lassen, so daſs dieselbe mittels einer Schraubenvorrichtung beliebig vor- und zurückbewegt werden kann."

Zum Schlusse: „Ich habe ferner an dem Stiele, welcher die Lampe trägt — und zwar unmittelbar vor derselben befindlich — eine Schlinge anbringen lassen, welche isoliert ist und von auſsen mit Hilfe des elektrischen Stromes zum Glühen gebracht werden kann. Es hindert natürlich nichts, auch Kauter und andere Instrumente in gleicher Weise anzubringen."

Es kann daher keinem Zweifel unterliegen, daſs der sogenannte „Dreuwsche Lichtträger" mit chirurgischem Ansatz zur Verwendung in Körperhöhlen von mir zuerst angegeben und demonstriert wurde.

Erwiderung auf vorstehende Bemerkungen von Dr. HOCK-Prag.

Von

Dr. DREUW-Berlin.

Mit fünf Abbildungen im Text.

Herr HOCK hat auf dem Urologenkongreß ein Instrument, das nur für die Blase bestimmt war, gezeigt. An diesem Instrument war eine bewegliche Lampe angebracht. Die Bewegung selbst erfolgte mittels einer Schraubvorrichtung. Beides ist an meinem Instrumente nicht vorhanden. Vor der vorwärts und rückwärts beweglichen Lampe war nur eine Schlinge angebracht. HOCK sagte damals: „Es hindert natürlich nichts, an diesem Instrument (das nur für die Blase bestimmt war) Kauter und andere Instrumente in gleicher Weise anzubringen." Eine Abbildung des Instrumentes konnte Herr HOCK auf meinen Wunsch hin mir nicht übersenden.

Also: 1. Es handelt sich um ein nur für die Blase anwendbares Instrument, während mein Lichtträger für die Blase unbrauchbar ist. Damit erübrigte sich eigentlich jedes weitere Wort der Verteidigung.

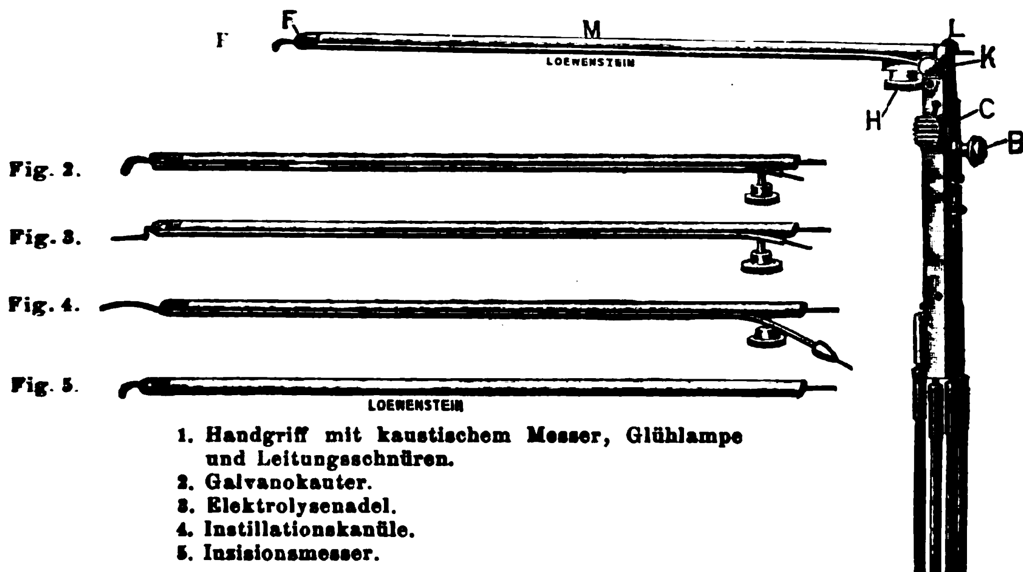
2. Wenn Herr HOCK sagt: „Es hindert natürlich nichts, Kauter und andere Instrumente anzubringen", so hat Herr HOCK sie bisher nicht angebracht. Wenigstens hat er auf meinen Brief, mir mitzuteilen, ob diese Idee eines für die Blase bestimmten Instruments schon in die Wirklichkeit umgesetzt sei, wo die Fabrikation stattgefunden und ob event. Abbildungen oder das Original vorhanden wäre, mir keine Antwort gegeben. Allein der Gedanke aber genügt nicht. Ich habe mich während eines Jahres vergebens bemüht, die Präzision und Feinheit der Konstruktion zu erreichen, um vor einem so feinen Lämpchen, wie es das VALENTINEsche ist, noch einen Kauter, eine Instillationskanüle usw. auswechselbar anzubringen. Erst nach langen Versuchen bei der Firma Louis & H. Löwenstein, Berlin, ist mir die Konstruktion schließlich gelungen. Mit demselben Rechte wie Herr HOCK könnte schließlich derjenige, der vor 30 Jahren einmal den Gedanken geäußert hat, einen lenkbaren Luftballon zu konstruieren, heute Prioritätsansprüche erheben.

3. Aber selbst dann, wenn alle diese Tatsachen nicht vorhanden wären, würde die Priorität Herrn HOCK auch noch nicht zustehen. Denn wie die Sanitasgesellschaft jederzeit bezeugen kann, habe ich anfangs April 1909 (also vor dem Urologenkongreß) die Sanitasgesellschaft mit der Fabrikation meiner Idee betraut. Es wurden auch Versuche gemacht, da

jedoch in der Fabrikation sich Schwierigkeiten einstellten und da das Arbeitsfeld dieser Gesellschaft mehr auf anderem Gebiete liegt, so wurde auf die Fabrikation verzichtet, die ich dann später erfolgreich durchgesetzt habe. Also auch hier hat der Gedanke allein nicht das Instrument fertiggestellt.

4. Die Ansätze und die Konstruktion des Instrumentes, das ich in den Figuren 1, 2, 3, 4 und 5 abbilde, namentlich der eigenartige Handgriff, sind, soweit ich dies aus den kurzen Diskussionsbemerkungen des Herrn Hock entnehmen kann, nicht identisch mit seinem Instrument.

Also die Indikationen sind verschieden, die Konstruktion ist verschieden und meine Idee ist vor dem Urologenkongreſs niedergelegt worden.



1. Handgriff mit kaustischem Messer, Glühlampe und Leitungsschnüren.
2. Galvanokauter.
3. Elektrolysenadel.
4. Instillationskanüle.
5. Inzisionsmesser.

Mein Instrument besteht aus einem eigens konstruierten Handgriff mit Doppelkontakt: *B* für Licht, *C* für Kaustik und Elektrolyse, und den eigentlichen auswechselbaren Lichtträgern (Fig. 2, 3, 4, 5). Letztere nehmen in einer flachen Metallhülse die kleine Glühlampe auf und besitzen auſserdem verschiedene kleine Ansatzteile, die je nach Form zur Elektrolyse, Kauterisation, Inzision und Injektion verwandt werden können. Die Ausführung der einzelnen Ansatzteile geht aus den obenstehenden Abbildungen in Originalgröſse ohne weiteres hervor. Infolge der zweckmäſsig getroffenen Vereinigung von Lichtträger und Behandlungsinstrument ist man in der Lage, die Lichtquelle jederzeit bequem an der zu behandelnden Stelle zu haben, wodurch gegenüber der allgemein üblichen Methode mit festliegendem Lichtträger ein erheblich ruhigeres und sichereres Arbeiten gewährleistet wird. Die zur Kaustik, Elektrolyse usw. verwendbaren Ansatzstücke sind entweder, wie in der Abbildung, nach unten oder aber auch nach oben gebogen, wodurch das Gesichtsfeld freier wird.

Versammlungen.

Berliner Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 10. Januar 1911.

Originalbericht von Dr. Felix Pinkus-Berlin.

1. Baum demonstriert ein junges Mädchen mit **Urticaria pigmentosa.**

2. Baum demonstriert ein junges Mädchen mit ausgedehnter **Sklerodermie**, die **nur auf der linken Körperhälfte** entwickelt ist. Zum Teil sind die Herde streifenförmig angeordnet. Die Affektion begann 1911. Neben der Hautaffektion besteht eine Struma.

3. Schindler demonstriert zwei mit **Joha** (Salvarsanöl) eingespritzte Patienten.

4. H. Isaac demonstriert einen Mann mit **Lupus erythematodes** im Gesicht, der früher mit Jodtinktur, aber ohne Erfolg behandelt worden war. Jetzt hat Jodtinktur, kombiniert mit Chinin, bis 1,5 täglich (Methode von Hollaender), in sechs Wochen eine sehr erhebliche Besserung gebracht.

Diskussion: Hollaender zeigt Abbildungen von Fällen, die nach seiner Methode seit Jahren geheilt sind. Die Behandlung ist nur klinisch erfolgreich, ambulant undurchführbar. Die Heilung tritt zuweilen erst nach hohen Chiningaben (bis 120 g in 1/2 Jahr) ein. Jothion ist kein brauchbarer Ersatz für die Jodtinktur. Dafs das Jod chemotaktisch das Chinin anlockt, kann nicht der einzige Grund des Erfolges sein. Die Hauptsache ist, dafs sich eine Jodkruste bildet, was oft nach fünf Tagen, manchmal erst nach 15—16 Tagen zustande kommt. Diese Kruste hebt sich allmählich ab. Bisher hat Hollaender alle Fälle, deren Behandlung ordentlich durchgeführt wurde, geheilt. Einmal traten nach der Heilung rezidivierende verkäste Halsdrüsen auf, nach deren Exstirpation Tuberkulose der Lungen und Tod.

Rosenthal sah unter indifferenter Behandlung völlige Heilung und Unbeeinflufstbleiben des Rezidivs bei genau derselben Behandlung. Die Prognose des Lupus erythematodes ist zu schwankend, um eine bestimmte Behandlungsart als typisch für die Krankheit zu bezeichnen.

W. Friedländer hat, wie er an Lumière-Photographien demonstriert, schöne Erfolge beim Ersatz der Jodtinktur durch Jothion erhalten.

5. H. Isaac demonstriert eine **strichförmige Affektion** an der Rückseite des Oberschenkels bei einem Mann. Er diagnostiziert sie als Lichen ruber planus. Der Verlauf der Affektion soll dem Nervus ischiadicus und seinen Ästen entsprechen. Die Affektion ist seit Oktober 1910 bemerkt worden.

6. E. Adler demonstriert einen Mann mit **strichförmiger Affektion** am linken Arm und am Rücken, seit einem halben Jahre entwickelt. Sie erscheint unter dem Bilde des Lichen simplex.

Diskussion: O. Rosenthal macht darauf aufmerksam, dafs die Krankheiten öfters nicht mit dem Nervenverlauf, sondern mit der Metamerie des Körpers zusammenhängen.

Blaschko bemerkt, dafs besonders oft die Voigtschen Linien befallen sind, vor allem die Axiallinien vorn und hinten am Arm und Bein. Es besteht hier, wo sicher beim Wachstum gröfsere Verschiebungen der Hautelemente gegeneinander stattfinden, ein Locus minoris resistentiae; auch der Zoster verläuft zuweilen in diesen Linien. Die Krankheit ist fast immer eine eigentümliche Dermatitis, auch in dem hier gezeigten

Falle kein richtiger Lichen planus. Doch kommen auch wohlcharakterisierte Lichen planus- und Psoriasisfälle — neben anderweitigen Lokalisationen dieser Affektionen — vor.

Auch FISCHEL sieht die streifenförmigen Erkrankungen als eine besondere Affektion an, die weder ein richtiger Lichen ruber noch sonst eine einrubrizierbare Erkrankung ist. Doch kommt wahre Psoriasis und wahrer Lichen planus in diesen Linien vor.

HELLER nähert ADLERS Fall mehr der Psoriasis als dem Lichen simplex an.

E. LESSER erwähnt einen Fall BUSCHKES von Neurodermitis linearis neben sonst am Körper vorhandener Neurodermitis. Auch Lichen planus kommt streifenförmig vor.

BAUM sieht den einen Fall nicht als typischen Lichen planus, den anderen nicht als typischen Lichen chronicus an. Alle diese Fälle haben etwas Naevusartiges an sich, wenn sie auch erst im späteren Leben auftreten.

ISAAC hält seinen Fall doch für einen Lichen planus, E. LESSER bittet um histologischen Beweis.

ADLER weist auf Nerveneinflüsse bei der Entstehung seines Falles hin.

7. DREYER demonstriert bei einem seit 1905 syphilitischen Manne tuberoserpiginöse, zum Teil ulceriert gewesene **Syphilide**. Er erhielt 0,2 Salvarsan. Seit 5. Januar besteht ein tuberöses Rezidiv um die alten Stellen.

8. WOLF-EISNER hält einen Vortrag über: **„Lokale Tuberkulinreaktion oder Subcutaninjektion für die Diagnose des Lupus und der Tuberkulide?“**

Tuberkulin ist kein primäres, sondern ein sekundäres Gift; es wirkt nicht für sich allein giftig, sondern nur wenn es im Körper Stoffe findet, die es aufschliefsen; diese Stoffe enthält der tuberkulös infizierte Körper. Das Tuberkulin erzeugt nicht Immunität, sondern Überempfindlichkeit (nicht Toxin-, sondern Endotoxinwirkung); deren Erscheinungen sind Fieber, Herdreaktion, Allgemeinerscheinungen. Das Ursprüngliche ist die Herdreaktion. Ihr folgt erst das Fieber. Die lokale Tuberkulinreaktion vermeidet die Reaktion des Krankheitsherdes. Die auf das Tuberkulin ansprechenden Stoffe kreisen im ganzen Körper; die lokale Tuberkulinimpfung kann an jedem Platz des Körpers eine Reaktion erzeugen. Jede solche lokale Tuberkulinreaktion ist ein tuberkulöser Herd, der sich nur nicht ausbreiten kann, da er kein lebendes Virus enthält. Er reagiert aber auf Tuberkulineinspritzung. Man kann durch Anlegung von PIRQUETschen Hautreaktionen und von Augenreaktionen den Weg des eingespritzten Tuberkulins verfolgen. Erst reagiert die nächstgelegene PIRQUET-Reaktion, dann das Auge, dann der entfernter gelegene Herd, etwa in der Lunge. Die Ausbreitung erfolgt den Lymphbahnen folgend. An der Haut ist eine Herdreaktion nach Einspritzung von Tuberkulin gleichgültig, nicht aber immer in inneren Organen, wo die Herdreaktion eine Propagation der Tuberkulose erzeugen kann. Herdreaktionen in parenchymatösen Organen sind immer gefährlich. Sie sind ungefährlicher bei kleinen Dosen, aber schon die leiseste Temperaturerhöhung, etwa 0,3°, deutet auf eine innere Herdreaktion hin, die beim Zwecke, nur die Diagnose einer Hautaffektion zu erzielen, als schädlich oder wenigstens überflüssig anzusehen ist. Bei Hauttuberkulose besteht fast immer auch eine innere Tuberkulose, und diese zur Reaktion zu bringen, ist als gefährlich anzusehen. Zudem ist dermatologisch aus dem Fieber kein Schlufs zu ziehen, weil das Fieber von Reaktionsherden im Körperinnern herstammen kann. Positiver PIRQUET beweist, dafs an irgendeiner Stelle im Körper Tuberkulose vorhanden ist, nicht dafs eine vorhandene Affektion der Haut Tuberkulose ist. Negativ kann der PIRQUET sein, 1. weil keine Tuberkulose da, 2. weil prognostisch ungünstige Tuberkulose vorliegt, 3. weil der tuberkulöse Herd zu klein ist (kleiner Lupus, der keine Umstimmung des Körpers zu erzeugen imstande ist). Tritt aber bei Impfung in den Krankheitsherd selbst starke Reaktion ein, so handelt es sich um einen tuber-

kulösen Herd. Zur dermatologischen Diagnose ist die Tuberkulinimpfung immer in den fraglichen Krankheitsherd selbst zu machen, eventuell mit ganz schwachem (1%igem) Tuberkulin, nicht mit starkem, wie beim PIRQUET an normaler Hautstelle.

9. SCHINDLER demonstriert das von ihm angegebene 40%ige Salvarsanöl **„Joha"**, welches besser vertragen und leichter angewandt werden soll als die früheren Emulsionen, und Taubenbrustmuskeln, welche die Reaktionen auf die verschiedenen intramuskulären Salvarsanpräparationen aufweisen.

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Band 104. Heft 2. November 1910.

1. **Über die Beziehungen zwischen Psoriasis und Gelenkerkrankungen,** von LUDWIG WAELSCH - Prag. Besprechung einer reichhaltigen Literatur. Vier einschlägige Fälle, die in extenso mitgeteilt werden. Der Artikel wird fortgesetzt.

2. **Über das Erythema induratum BAZIN und seinen Zusammenhang mit Tuberkulose,** von ERICH KUZNITZKY-Breslau. Zwei typische Fälle, die beide Frauen betrafen, bei denen die Hautaffektion das einzig klinisch nachweisbare Leiden war mit ausschließlicher Beschränkung der Erkrankung auf die Unterschenkel. In beiden war die Tuberkulinprobe (übrigens auch der WASSERMANN) negativ; in dem einen konnte eine Probeexzision vorgenommen werden. Es fanden sich neben einfachen Entzündungserscheinungen die charakteristischen Bilder der Tuberkulose sowie in einem von 15 Schnitten stäbchenförmige Gebilde, welche morphologisch und färberisch von Tuberkelbazillen nicht zu unterscheiden waren.

3. **Über die WASSERMANNsche Reaktion bei Lupus erythematosus acutus,** von LEON FEUERSTEIN - Lemberg - Bad Hall. Den Fällen von REINHARDT, HAUCK und ZUMBUSCH fügt Verfasser einen weiteren Fall von Lupus erythematosus acutus hinzu, bei dem der positive WASSERMANN kurze Zeit vor dem Tode negativ wurde, während fünf Stunden nach dem Tode das Blut wieder vollkommene Hemmung zeigte. Verfasser glaubt nicht, daß wir berechtigt sind, diesen Befund als spezifisch zu betrachten, wenngleich es auffallend ist, daß bei der relativen Seltenheit des Lupus erythematosus acutus drei überhaupt darauf untersuchte Fälle positiv reagierten; vielmehr handelt es sich um eine Änderung im Serum, die überhaupt bei längerdauernden fieberhaften, zu starker Konsumption führenden Erkrankungen vorkommen dürfte.

4. **Syphilitische Gelenkerkrankungen im Röntgenbilde,** von ROB. BERGRATH-Würzburg. Ein 23jähriges Mädchen ist seit dem 18. Lebensjahre erkrankt und zeigt neben Zerstörungen der Nase tiefgehende Veränderungen der Knie- und Ellenbogengelenke bei geringer Schmerzhaftigkeit und bei verhältnismäßig noch gut erhaltener Funktion der Gelenke. Die Röntgenbilder zeigen „osteoporotische und osteoplastische Prozesse zu gleicher Zeit, gummöse Periostitis und Ostitis mit ossifizierender Periostitis und Ostitis, für Syphilis typische und charakteristische Erscheinungen. Im Gegensatz zur Tuberkulose, die mehr zerstört als erzeugt, zeichnet sich die Syphilis durch Überproduktion aus. Dia- und Epiphysen sind in unserem Falle gleichmäßig befallen, der Knorpel bildet hier nicht wie bei der Tuberkulose ein Hindernis für die Ausbreitung der Affektion. Trotz der schweren Veränderungen an den Gelenkknochen ist es nicht zur Eiterung gekommen, eine Erscheinung, die gegen Tuberkulose spricht. Schon die Multiplizität der Veränderungen weist auf Syphilis hin, wie auch die vorwiegende

Hyperostose der Diaphysen eine Eigentümlichkeit dieser Erkrankungen ist, während die Tuberkulose sich vorwiegend an den Epiphysen geltend macht.“ (Reproduktionen wie die dem Artikel beigegebenen dürften das Gesagte kaum illustrieren und schwerlich auf der Höhe unserer heutigen Technik stehen. D. Ref.)

5. **Über einen Fall von Melanosarkom,** von Wilhelm Kerl-Wien. Bei einer 68jährigen Patientin, die acht Jahre vorher wegen einer dunkelbraunen, langsam wachsenden, teilweise exulcerierten Geschwulst oberhalb des Mall. ext. sin. operiert worden war, fanden sich über Fußrücken und Unterschenkel zerstreut zahlreiche, bis erbsengroße, tiefschwarze Tumoren, die auf Druck nicht schmerzhaft waren, histologisch von der Papillarschicht ausgingen und dieselbe nach unten hin nur in geringem Maße durch einzelne vorgeschobene alveoläre Zellhaufen überschritten. An der Hand seines Falles beschäftigt sich Verfasser mit der Frage, ob die melanotischen Geschwülste der Haut, die sich fast stets auf einen pigmentierten Naevus zurückführen lassen, epithelialer oder bindegewebiger Herkunft seien. In dem untersuchten Falle fanden sich die eigentlichen Geschwulstzellen zum Teil pigmentfrei, zum Teil mehr oder minder reichlich mit Farbstoffkörnchen erfüllt; die Verbreitung des Pigments ist im übrigen eine ungleichmäßige.

6. **Über Lupus follicularis disseminatus faciei,** von Max Loewenberg-Düsseldorf. Ein 28jähriger Volksschullehrer, der sonst vollkommen gesund ist, hat im Gesicht zahlreiche braunrote Knötchen von Stecknadelkopf- bis Linsengröße, die meist deutlich um die Follikel lokalisiert sind und weder suppuriert noch ulceriert sind. Auf Tuberkulin weder allgemeine noch lokale Reaktion. Histologisch zeigen die Knötchen sowohl in Anordnung und Aussehen der einzelnen zelligen Elemente wie nach Art der Nekrose das schulmäßige Bild der Tuberkulose. Besprechung der Literatur und Ausführungen über die Definition und Abgrenzung von Tuberkulosen und Tuberkuliden. *W. Lehmann-Stettin.*

Dermatologisches Centralblatt.

Band 14, Nr. 3. Dezember 1910.

Über das Ehrlichsche Syphilismittel, von Max Joseph und Konrad Siebert-Berlin. Die Verfasser haben eine außerordentlich sorgsame Technik befolgt, indem sie besonderen Wert auf vollkommene Neutralität der Lösung legten und auf absolute Elimination des Essigsäure-Natrons, das sich bei der Neutralisation zu bilden pflegt und für die Gewebe kaum indifferent sein kann; sie haben darum den Niederschlag, der injiziert werden soll, abfiltriert und auf dem Filter bis zur neutralen Reaktion ausgewaschen. Die Filtration geschah mit Hilfe einer Wasserstrahlpumpe, deren Einrichtung beschrieben wird. Dabei wird genau angegeben, in welcher Weise sich alle diese Manipulationen steril durchführen lassen. Die Injektionen sind fast alle in die Rückenhaut unterhalb des Schulterblattes gemacht worden. Die Resultate der behandelten 71 Fälle unterscheiden sich nicht von denen anderer Publikationen; in sechs Fällen versagte das Mittel vollkommen; in sieben traten sehr rasch Rezidive auf; in je einem Falle von Lichen und Psoriasis war keine Beeinflussung zu konstatieren. Nach den von anderer Seite berichteten Erfolgen sind die Verfasser neuerdings zur intravenösen Methode übergegangen, über die sie später berichten werden.

W. Lehmann-Stettin.

Annales des Maladies vénériennes.

Band V, Heft 12. Dezember 1910.

1. **Die Methode von Noguchi bei der Serodiagnose der Syphilis,** nebst einigen praktischen und serologischen Betrachtungen, von Daisy O. Robinson-New York. Die Arbeit der Verfasserin gründet sich auf zahlreiche Versuche, die die Frage entscheiden sollten, ob das Verfahren von Noguchi in nichtsyphilitischen Fällen einen positiven Ausschlag gebe. Sie hält es für wichtig, dafs die Einzelheiten der Technik genau befolgt werden, und gibt darum nochmals eine ganz detaillierte Schilderung, wobei sie darauf Wert legt, dafs nicht der ganze alkoholische Extrakt der Leber verwendet wird, sondern der fraktionierte. In 236 Fällen der verschiedensten Dermatosen, bei denen keinerlei Verdacht auf Lues vorlag, hat die Methode stets negativen Ausschlag gegeben. Der Prozentsatz positiver Reaktionen in sicher syphilitischen Fällen war etwa der gleiche, wie beim Original-Wassermann beobachtet wird.

2. **Umschriebene sklerosierende Dermatitis des inneren Vorhautblattes (Postitis sclerosa superficialis) in Beziehung zu einer Spätsyphilis,** von Giuseppe Verrotti-Neapel. 50jähriger Mechaniker kann seit etwa neun Monaten seine Vorhaut nicht mehr zurückschieben; es ist keinerlei entzündliche Erkrankung der Vorhaut oder Eichel vorausgegangen. Ungefähr seit gleicher Zeit klagt er über sexuelle Schwäche. Während das äufsere Blatt der Vorhaut nur zusammengezogen und geschrumpft erscheint, ist das innere Blatt stark verändert: weifs, glänzend, in quere hypertrophische Falten gelegt und fest an der Eichel adhärierend. Die Anamnese ergibt eine 25 Jahre zurückliegende, mangelhaft behandelte Syphilis; Wassermann glatt positiv. Eingeleitete kombinierte Behandlung führt in zwei Monaten zur vollkommenen restitutio ad integrum.

An einem probeweise exzidierten Stück wurden eingehende Untersuchungen vorgenommen, die ergaben, dafs es sich nur um eine Veränderung des inneren Vorhautblattes handelte. In der Zone der grofsen arteriellen und venösen Gefäfse findet sich eine Hyperplasie der Tunica media und Adventitia, darüber eine entzündliche Schicht mit herdweise zerstreuten Zellinfiltraten und darüber eine Sklerose der Oberfläche. Der Arbeit sind sechs Reproduktionen histologischer Schnitte beigegeben.

3. **Ein Fall multipler blennorrhoischer Geschwüre beim Manne,** von Germain Metschersky-Moskau. Bei einem 38jährigen Manne, der vor acht Jahren eine Syphilis, vor sechs Jahren einen zurzeit angeblich zur Ausheilung gelangten Tripper akquiriert hatte, fanden sich zahlreiche kleinere und gröfsere oberflächliche Geschwüre und fistelartige Gänge am Schaft des Gliedes und am Scrotum. Der Patient bemerkte diese Geschwüre seit etwa zwei Jahren und fand, dafs sie in der letzten Zeit immer mehr absonderten. Mikroskopisch fanden sich im Sekret neben Staphylokokken, die in der Kultur alles überwucherten, gonokokkenähnliche Diplokokken, die sich nach Gram teils färbten, teils nicht. Auf Behandlung mit 10%iger Protargollösung entstand eine Exazerbation, und nun fanden sich in dem reichlich abgesonderten Eiter Gonokokken, die nach Form, Lokalisatiion und Färbung als absolut typisch anzusprechen waren. Der Kranke blieb aus der Beobachtung weg, bevor die Sache zur Heilung kam. Verfasser bringt seinen Fall in Beziehung zu den von Thalmann und Xylander publizierten.

4. **Syphilitische Haut- und Schleimhauterscheinungen im Verlauf allgemeiner Paralyse,** von Cesbron-Paris. So häufig sich bei Tabes syphilitische Symptome oberflächlicher Art finden, so selten scheint dies bei Paralyse zu sein; wenigstens hat Verfasser nur etwa 24 Fälle dieser Art aus der Literatur zusammenlesen können, über die er kurz berichtet und denen er eine eigene Beobachtung beifügt. Der 38jährige Patient, der von einer syphilitischen Infektion nichts zu wissen

vorgibt, hat bereits seit drei Jahren Symptome gezeigt, die auf eine jetzt ausgebrochene Paralyse zu beziehen waren. WASSERMANN ist glatt positiv; es findet sich eine Leukoplakie der Zunge und leukoplakieähnliche Plaques an der Wangenschleimhaut. Verfasser möchte diese Beobachtung zugunsten des syphilitischen Ursprungs der allgemeinen Paralyse bewerten. *W. Lehmann-Stettin.*

Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle.

1910. Heft 5.

Über extragenitale Ulcera venerea, von SPRECHER. Zwei Fälle von Primäraffekten, der eine am Vorderarm, der andere am Finger, die gleichzeitig mit den Primäraffekten am Quintale auftraten.

Antigonokokkensera und ihre kurative Wirkung, von CIUFFO. Zur Verwendung kamen vier Sorten: 1. das Antigonokokkenserum vom sero-therapeutischen Institut in Bern; 2. das Antigonokokkenserum vom Hause WELLCOME; 3. Antigonokokkenserum PARKE-DAVIS; 4. Antigonokokkenserum vom Institute in Mailand. Die Sera wurden versucht an 28 Fällen. Auf die gewöhnliche Arthritis blennorrhoica war kein bemerkenswerter Einfluſs zu konstatieren; Komplikationen wie Orchitis, Epididymitis und Gelenkaffektionen wurden entschieden bedeutend gebessert, insbesondere die subjektiven Beschwerden.

Untersuchungen über vitale Eigenschaften der Leukocyten bei Syphilis, von BURZI. Verfasser weist nach, daſs das Serum von syphilitischem Blut keinen Einfluſs auf den zellulären Phagocytismus der Gesunden hat, aber einen für die Leukocyten von Syphilitischen spezifischen Stoff enthält.

Über das Vorkommen der Spirochaeta pallida in der Haut bei syphilitischen Effloreszenzen, von PASSINI. Hautbezirke, die der Sitz einer syphilitischen Efflorescenz waren, können noch nach Monaten und Jahren bei klinischer Heilung pathologische Residuen zeigen: diese bestehen in der Anwesenheit der Spirochaeta pallida und kleiner Infiltrationsherde. Diese Spirochaeta pallida kann noch lebensfähig sein und noch lange Zeit nach der klinischen Heilung (bis zu 14 Monaten nachgewiesen) pathogene Aktivität besitzen. Daraus folge logischerweise, daſs die Rezidive in situ der Syphilis durch ein Wiederansteigen der pathogenen Aktivität der Spirochaeta pallida, die an Ort und Stelle zurückgeblieben ist, hervorgerufen werden.

Die Chromoreaktion SCHÜRMANN-CHIRIVINO bei der Syphilis, von PAOLI und PAPPAGALLO. Die von CHIRIVINO modifizierte SCHÜRMANNsche Chromoreaktion zur Diagnose der Syphilis (13. Kongreſs der italienischen Gesellschaft für Dermatologie und Syphilis) stellt keine Verbesserung dar und wir sind noch weit davon entfernt, eine praktische Methode, die die WASSERMANNsche Reaktion ersetzt, zu besitzen.

Die Behandlung der Syphilis mit „606“, von FAVENTO und NICOLICH. Die Ausführungen bieten nichts wesentlich Neues. Bemerkenswert ist ein Fall von hämorrhagischer Nephritis nach 0,45 intravenös und nach drei Tagen 0,5 intramuskulär. NICOLICH findet, daſs das neue Mittel sich in einigen Fällen gleich dem Calomel gezeigt hat und in vielen demselben überlegen.

Eine einfache und praktische Methode zur Injektion von „606“, von PASINI. In einem Glasmörser wird das Mittel mit einigen Tropfen chemisch reinen Äthylalkohols versetzt, bis man einen dichten Brei erhält. Dazu kommt Natronlauge, diese bis zur Alkalescenz, diese Mischung bleibt einige Minuten stehen. Dazu fügt man tropfenweise Eisessig bis zur neutralen oder schwach sauren Reaktion. Diesen Brei versetzt man dann ganz allmählich mit einer Mischung von gleichen Teilen Adeps lanae und reinstem Vaselinöl. Die Einspritzung erfolgt mit einer eigens dazu verfertigten 8 cm langen Glasspritze (ZAMBELETTI-Mailand).

Ein Fall von subcutanem Sarkoid Darier, von Capelli. Bei einer 26jährigen Näherin fanden sich in der rechten seitlichen Region des Stammes und unteren rechten Quadranten des Abdomens zahlreiche runde bis ovale Flecke von rötlich blauer Farbe und ca. 2 cm Durchmesser. In der Tiefe fühlt man, auch wo keine Flecke auf der Haut, runde oder ovale kleine Knoten, subcutan gelegen, von harter Konsistenz, teilweise ganz frei beweglich, teilweise etwas mit der Haut fixiert; einige, ca. zehn, dieser Knötchen fanden sich nach Art eines Rosenkranzes angeordnet. Histologisch charakterisiert Verfasser solch einen Tumor als granulomatöses Gewebe, das sich im subcutanen Bindegewebe durch perivasale Zellproliferation mit Bindegewebsbildung entwickelt hat. Als Zellelemente fanden sich vier Arten: Lymphoide Zellen, klein, rund, mit stark färbbarem Kern, epitheloide Zellen, junge Bindegewebszellen, Riesenzellen. Verfasser hält gegen Darier den Beweis für die tuberkulöse Natur der subcutanen Sarkoide nicht für erbracht.

Trichophytie des Kopfes durch Trichophyton plicatile, von Pini und Martinotti. Es wird eine neuartige Form von Trichophytie am Kopfe eines 14jährigen Knaben beschrieben. Sehr gute Abbildungen geben die Krankheit, auch die Impfungen auf Meerschweinchen und Hund, Kulturen und mikroskopischen Haarbefund wieder.

Über Verbreitung der Lepra durch Acariden, von Bertarelli und Paranhos. Nach den Untersuchungen der Verfasser beweise nichts die Annahme von Borrel, dafs der Demodox folliculorum bei der Verbreitung der Lepra eine Rolle spiele.

Haas-Hamburg.

Folia urologica.

Bd. V. Nr. 6. September 1910.

1. **Klinische und chirurgische Betrachtungen über 73 Fälle von Krebs des Harnapparates**, von F. Cathelin-Paris. C. empfiehlt die Operation in fast allen Fällen von Nieren- und Peniscarcinom, dagegen lehnt er prinzipiell einen chirurgischen Eingriff bei allen Fällen von Prostatakrebs und fast allen Fällen von Blasencarcinose ab.

2. **Die funktionelle Nierendiagnostik im Dienste der Chirurgie**, von Paul Steiner-Klausenburg. *W. Lehmann-Stettin.*

Russische Zeitschrift für Haut- und venerische Krankheiten.

Band XX. November 1910.

I. **Ein Fall von Parapsoriasis en plaques (Brocq)**, von Bogrow. Cf. *diese Monatshefte*, Bd. 50, S. 496.

II. **Das Collessche Gesetz und die Wassermannsche Reaktion; wahrscheinlich Übertragung der Syphilis auf die dritte Generation**, von Prof. Selenew. Prof. Selenew berichtet über folgenden interessanten Fall: Ein 23jähriger Mann gab an, als Kind Lues gehabt zu haben. Er selbst glaubte durch die Bedienung luetisch infiziert worden zu sein. S. nimmt hereditäre Lues bei demselben an, weil mehrfache Aborte der Mutter und verschiedene körperliche und geistige Störungen bei den Geschwistern des Mannes dafür sprechen. Er wurde mit Jod und Hg, aber nicht sehr gründlich, behandelt; ist seit acht Jahren beschwerdefrei und seit über einem Jahre verheiratet. Bei der Untersuchung erwies er sich ohne Erscheinungen von Syphilis, aber die Wassermannsche Reaktion fiel positiv aus. Seine Frau ist gesund. Negative Wassermannsche Reaktion. Das einjährige Kind, welches von der Mutter noch gestillt wird, zeigte Erscheinungen frischer Lues bei positiver Wassermannscher Reaktion. Einen Monat darauf erkrankte die Mutter an frischer Lues: zwei Sklerosen der Brust-

warzen mit darauffolgender, allgemeiner Lymphadenitis und positivem Wassermann. Selenew nimmt an, daſs das Kind durch das Sperma des Vaters hereditär luetisch geboren worden ist, wobei aber die Lues erst ein Jahr nach der Geburt ausbrach, ferner daſs die Mutter anfangs immun war, aber daſs die Immunität nicht lange vorhielt, und daſs sie später vom Kinde luetisch infiziert wurde. Die Möglichkeit einer Infektion des Kindes von anderer Seite schlieſst S. aus, weil alle daraufhingerichteten Nachforschungen dagegen sprachen.

III. **Zur Frage der Veränderung des Blutes bei Behandlung der Syphilis mit „606"**, von Eudokimow. Die Untersuchungen des Blutes von Luetikern, die mit „606" behandelt wurden, ergaben keine Konstanz hinsichtlich der Veränderung der einzelnen Bestandteile des Blutes. Die Veränderungen des Hämoglobingehaltes sind gering, diejenigen der roten Blutkörperchen bestehen in Neigung zur Zunahme, gelegentlich kommt eine Leukocytose zur Beobachtung. Häufig wird eine Vermehrung der Eosinophilen beobachtet. Jedenfalls wird keine Verschlechterung, sondern meist eine Verbesserung der Blutbeschaffenheit wahrgenommen.

IV. **Der Einfluſs des Ehrlichschen Arsenobenzols auf die Wassermannsche Reaktion**, von Andraschtschenko. Unter 16 Fällen, die mit Ehrlichs Arsenobenzol behandelt und genau auf das Verhalten der Wassermannschen Reaktion untersucht werden konnten, wurde dieselbe nur in fünf, ca. am 40. Tage nach der Injektion, negativ.

V. **Der Einfluſs der Behandlung der Syphilis auf die Wassermannsche Reaktion**, von Prof. Selenew. Auf Grund seiner Beobachtungen spricht sich S. folgendermaſsen aus:

1. Das Arsenobenzol besitzt nicht das Vermögen, die Wassermannsche Reaktion rasch negativ zu gestalten.

2. Die Hg-Behandlung vermag sehr oft, besonders bei intensiver Behandlung, die Wassermannsche Reaktion negativ zu machen.

3. Bei Anwendung von Hg nach Arsenobenzol wird die Wassermannsche Reaktion schnell negativ.

4. Hectin (zu 0,2 pro Dose) kann die Wassermannsche Reaktion schon zwischen dem 6. und 12. Tag nach der Einspritzung in eine halb negative und auch ganz negative umwandeln. Der Heileffekt durch Hectin ist demjenigen von „606" ähnlich, aber nicht ganz gleich.

5. Die Hg-Behandlung, in Verbindung mit Schwefelbädern in Pjatigorsk, wandelt die positive Wassermannsche Reaktion schnell in eine negative um auch dort, wo sie bei alleiniger Hg-Behandlung nicht negativ wurde.

VI. **Ein Fall von kombinierter Infektion mit Blennorrhoe und Tuberkulose**, von Hefter. Bald nach Infektion mit einem Tripper erkrankte der Heftersche Patient, der sich aber damals auf eigene Hand behandelte, an beiderseitiger Hodenentzündung, welche später an dem einen Hoden zu einer Fistel führte. Als der Kranke darauf in die Behandlung von Hefter kam, konnte dieser in der Absonderung aus der Fistel sowohl Gonokokken, als Tuberkelbazillen nachweisen. Auſserdem erwies sich auch die Prostata höckrig und tuberkuloseverdächtig. Die Lungen waren gesund. Therapeutisch wurden zuerst die Hoden exstirpiert und später auch noch eine Prostatektomie vorgenommen. *Arthur Jordan-Moskau.*

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

a. *Lepra.*

Lepra in den britischen Kolonien. (*Colonial Office.* August 1909.) Für die zweite internationale wissenschaftliche Konferenz über Lepra, die im August 1909 in Bergen abgehalten wurde, hat der englische Staatssekretär für die Kolonien in der Weise Material gesammelt, daſs er an alle ihm unterstellten Kolonien und Territorien eine Umfrage ergehen lieſs, um über die Zahl der in den letzten zehn Jahren bekannt gewordenen Fälle von Lepra, über ihre Verteilung und administrative Behandlung (evtl. Isolierung) Angaben zu gewinnen. Aus dieser auſserordentlich interessanten Zusammenstellung geht hervor, daſs die Lepra fast in keiner englischen Kolonie fehlt, in einigen noch ganz auffällig ausgebreitet ist. So gibt es in einigen der südafrikanischen Territorien, aber auch in Britisch-Guiana und Trinidad noch hunderte von Leprakranken und selbst in Mauritius, Jamaika, Cypern und Malta wird die Zahl 100 erreicht oder überschritten. Sehr verschieden ist das Verhalten der Behörden. Leprasyle existieren nur in einigen Kolonien, z. B. Cypern, Britisch-Guiana, Ceylon und Britisch-Nord-Borneo; in anderen Gebieten werden Leprakranke nur von gewissen Berufen fern gehalten, vom Gebrauch öffentlicher Bäder und ähnlicher Einrichtungen. In vielen Kolonien beschränkt sich natürlicherweise die Kenntnis auf einzelne zufällig zur Beobachtung gelangte Fälle.

In der Umfrage war auch besonderer Wert gelegt worden auf die möglichen Beziehungen der Lepra zu Besonderheiten der Rasse, des Bodens, der Ernährungs usw. In den Antworten, besonders denen, die sich etwas eingehender mit den Fragen beschäftigt haben, fällt vielfach die schroffe Zurückweisung der HUTCHINSONschen Fischtheorie auf; besonders bei einigen Inlandstämmen der Neger Süd-Afrikas, welche Fischnahrung nicht kennen oder aus religiösen und anderen Gründen verschmähen, wird jede Beziehung der Lepra zur Fischnahrung zurückgewiesen; dabei haben einige Beobachter sehr genau die Wege verfolgt, auf denen die Lepra eingeschleppt worden sein könnte. Stark betont wird in einigen Gebieten die Übertragung durch Kontagion; dabei wird darauf hingewiesen, daſs auch die Eingeborenen vielfach diesen Faktor für den wichtigsten halten, und oft aus freien Stücken die Isolierung Kranker beantragen bzw. daſs Zwangsmaſsregeln oft nicht dem Widerstand begegnen, der an anderen Orten Schwierigkeiten gemacht hat. Der Faktor der Heredität tritt in einzelnen Berichten etwas in den Hintergrund, während er in anderen wieder zahlenmäſsig belegt wird. *W. Lehmann-Stettin.*

Der Kampf gegen die Lepra im Senegalgebiet, von L. D'AUFREVILLE - Saint Louis (Senegal). (*Presse méd.* 1910. Nr. 4.) Ein Artikel, der den französischen Ärzten die traurige Lage der Leprosorien und der Lepraprophylaxe am Senegal überhaupt zeigen soll. *Gunsett-Straſsburg.*

Zur Frage der Bekämpfung der Lepra im Jamburgschen Kreise des Petersburger Gouvernements, von SOLOTAWIN. (*Russki Wratsch.* 1910. S. 659.) Die Zunahme der Lepra im Jamburgschen Kreise, wo sich seit 16 Jahren ein Leprosorium befindet, veranlaſst SOLOTAWIN die Aufmerksamkeit auf diesen Punkt zu lenken und dringend vor innigerem Verkehr der Bevölkerung mit den Insassen des Lepraheims zu warnen. *Arthur Jordan-Moskau.*

Über Lepra im Pernauschen Kreise und im Kirchspiele Tarwast, von E. Etzold-Fellin. (*St. Petersb. med. Wochenschr.* 1910 Nr. 1.) Im Pernauschen Kreise wurde ein Rückgang der Leprafälle konstatiert; von im ganzen 79 Kranken sind 48 in Leprosorien interniert. Auch im Kirchspiele Tarwast ist die Lepra in den letzten neun Jahren von 106 auf 76 Fälle zurückgegangen.. *Arthur Schucht-Danzig.*

Statistik der Leprakranken in der dermatologischen Poliklinik der medizinischen Provinzialhochschule zu Osaka, von K. Sakurane-Osaka. (*Mitteil. d. Med. Ges. zu Osaka.* 1909.) In sechs Jahren (1903 — 1908) stellten sich 536 Leprakranke vor, meist im Alter von 21—40 Jahren. Die häufigste Form ist Lepra maculoanaesthetica. *Arthur Schucht-Danzig.*

Beitrag zum Studium des Hansenschen Bacillus, von Alberto Serra-Cagliari. (XI. Versamml. d. ital. Ges. f. Dermat. u. Syph. Rom, 20.—23. Dez. 1909.) Indem der Verfasser genau der von Campana empfohlenen Technik folgte, gelang es ihm aus floriden Lepraknoten konstant einen Bacillus zu isolieren, dessen morphologische und biologische Charaktere mit dem von Campana und Ducrey isolierten und von Hansen und Neisser in den Geweben beobachteten Bacillus übereinstimmten. Der Bacillus ist anaerob und bedarf eines glucosehaltigen Nährbodens. Er kann auch auf gewöhnlichen Nährboden gezüchtet werden, wenn man demselben frisches Tiergewebe nach der von Tarrazzi für die Anaerobenzüchtung angegebenen Technik zufügt. Für die gewöhnlichen Laboratoriumstiere ist er ebensowenig als seine filtrierten Kulturen pathogen. Sowohl in Serumagglutionsversuchen als bei Anstellung der Wassermannschen Reaktion erwies sich der kultivierte Bacillus als der richtige Leprabacillus. *Gunsett-Straſsburg.*

Die Kultur des Leprabacillus, von Moses T. Clegg-Manila. (*The Philippine Journ. of Science.* Bd. IV, Nr. 6.) C. vervollständigt seine in derselben Zeitschrift früher gemachte vorläufige Mitteilung; es gelang ihm, den Leprabacillus von den ihm vergesellschafteten Amöben zu isolieren, in Reinkultur zu züchten; er impfte damit Meerschweinchen; die bei diesen entstandenen Veränderungen entsprachen makroskopisch wie mikroskopisch den Krankheitserscheinungen bei leprösen Menschen. *Schourp-Danzig.*

Experimentelle Untersuchungen über Lepraimpfungen bei Tieren. (Zur Bakteriologie und pathologischen Anatomie der Lepra), von Kedrowski-Moskau. *Zeitschr. f. Hyg. u. Infektionskr.* Bd. 66, Heft 1.) Auf Grund seiner sehr ausführlichen und genau beschriebenen Versuche zieht K. folgende Schluſsfolgerungen: 1. Der Lepraerreger zeichnet sich in künstlichen Kulturen durch groſse Formverschiedenheit aus; er stellt an sich ein Bakterium dar, das augenscheinlich einen komplizierteren Entwicklungszyklus aufweist als man bisher geglaubt und wohl kaum zur Gruppe der stäbchenförmigen Bakterien gezählt werden kann; aller Wahrscheinlichkeit nach muſs er mit dem Tuberkulose- und Diphtherieerreger in die Streptothrix- oder Actinomycesgruppe eingereiht werden. 2. Sowohl in künstlichen Kulturen als auch im Körper des Menschen und der Tiere kann der Lepraerreger säurefest und säureempfindlich sein. K. kann Unna nicht beistimmen, daſs die in den leprösen Granulomen vorkommenden säureempfindlichen Exemplare an sich Bakterien darstellen, die ihre Lebensfähigkeit verloren haben. 3. In den aus Lepramaterial isolierten Kulturen, welches dem Menschen direkt entnommen wurde, wächst der Lepraerreger meistens in Form der säureempfindlichen Unterart. Eine interessante Ausnahme bildet die Kultur von Bordoni-Uffreduzzi, die ihre säurefesten Eigenschaften voll bewahrt hatte; K. erklärt das damit, daſs die Kultur aus dem Knochenmark gezüchtet worden war — einem Gewebe, das an Fettstoffen reich ist, welche auf dem Nährboden beim Ausstreichen des Impfungsmaterials in groſser Menge haften bleiben konnten. Die hart-

näckigen Versuche von Weil, auf jeden Fall eine Kultur säurefester Bazillen zu erhalten, die in jeder Beziehung den Leprösen ähnlich sei, muſs man für entschieden miſslungen halten: beobachtete man auch Vermehrung der Bazillen in Weils Kulturen, so beschränkte sich dieselbe einzig und allein auf die erste Generation —, bei den folgenden Übertragungen wurde kein Wachstum mehr beobachtet. 4. In künstlichen Kulturen wächst der Lepraerreger am häufigsten in Form des diphtheroiden Stäbchens, das entweder der säurefesten Eigenschaften ganz entbehrt oder dieselben nur teilweise bewahrt hat (eine herabgesetzte oder partielle Säurefestigkeit in Form einzelner Körner). Viel seltener wächst er in Form eines verzweigten Bakteriums aus der Streptothrixgattung. 5. Im Organismus der Tiere restituiert der Lepraerreger seine säurefesten Eigenschaften in dem Maſse, daſs er von hier aus verhältnismäſsig leicht in Form eines säure- (und alkohol-) festen „Stäbchens" isoliert werden kann, das seiner Form und Struktur nach den Leprabazillen des Menschen vollkommen ähnlich erscheint. 6. Impfungen dieses säurefesten Bakteriums bei Kaninchen geben verschiedene Resultate: bei Impfungen im Lymphsystem erhält man ein Bild wie bei der experimentellen Tuberkulose, bei solchen in die Blutbahn ein Bild, das sich in den inneren Organen des Tieres in Bildung von Knötchen kennzeichnet, welche aus Zellen bestehen, in deren Protoplasma zahllose Bazillen eingeschlossen sind. 7. Ein noch eigenartigeres Bild beobachtet man bei Impfungen säurefester Unterart bei weiſsen Mäusen: hier bestehen die Knötchen aus groſsen, körnigen, zuweilen vakuolisierten Zellen mit zahllosen Bazillen, die, dichtzusammengedrückt, im Protoplasma kompakte, runde, bei intensiver Färbung schlecht differenzierte Anhäufungen bilden. 8. Auf Nährböden, die mit Partikelchen und Gewebsstoff der zum Versuche genommenen Tiere infiziert sind, wachsen neben säurefesten auch säureempfindliche Arten, die im tierischen Organismus wieder in säurefeste übergehen können. 9. Den Rückgang säurefester Bakterien in säureempfindliche kann man am besten in alten Kulturen beobachten; mittels fraktionierter Aussaaten können die säureempfindlichen Bakterien von hier aus leicht isoliert und in Reinkultur gezüchtet werden. 10. Säureempfindliche Bakterien rufen bei Kaninchen Veränderungen hervor, die einerseits an Tuberkulose, andererseit an Lepra erinnern. 11. K. teilt vollkommen Danielssens Anschauung über den innigen Zusammenhang von Lepra- und Tuberkulosebazillen. 12. Er hält die entgegengesetzte Ansicht von Hansen, d. h. keine Ähnlichkeit in ihrer Wirkung auf den lebenden Organismus, für eine auf voreingenommener Idee basierende. Nach Anschauungen diverser Autoren, die die Möglichkeit von tuberkuloiden Veränderungen bei Lepra in den Nervenstämmen und Hautinfiltraten bewiesen haben, muſs diese Anschauung als unhaltbar angesehen werden. 13. K. hält es für bewiesen, daſs die Leprabazillen im Körper des Menschen (und auch der Tiere) Veränderungen wie bei Tuberkulose hervorrufen können. Der Unterschied besteht in folgendem: a) Lepra kann schwer und augenscheinlich nicht immer geimpft werden; b) hat gegen Tuberkulose eine längere Inkubationsperiode und c) führt nicht zur Inanition der Tiere. 14. K. stimmt Baumgarten bei, daſs Melcher und Ortmann in ihren Versuchen keine gemeine Kaninchentuberkulose vor sich hatten, sondern durch Impfung erzeugte Lepra (ebenso in den Versuchen von Wesener, Wankow und Thiroux). 15. Die besten Resultate bei Impfungen von Menschenlepra sind bei Mäusen und Ratten zu erwarten, bei denen die Lepra oder ähnliche Erkrankung auch spontan beobachtet wurde.

Haas-Hamburg.

Die Komplementfixation nach Wassermann und nach Noguchi als Probe auf Lepra, von H. Fox - New York. (*Americ. Journ. med. scienc.* Mai 1910.) Zur Prüfung standen Verfasser 60 Fälle von unzweifelhafter Lepra zur Verfügung, von denen 15 in der Stadt New York, die übrigen im Lepraasyl in Louisiana untersucht

wurden. Letztere wurden nur nach NOGUCHI geprüft, die anderen (mit einer Ausnahme) sowohl nach NOGUCHI als auch mit der üblichen WASSERMANNschen Methode. Unter 38 Fällen von tuberösen und gemischtem Typus erhielt F. ein stark positives Resultat 7 mal, ein positives 21 mal, ein schwaches in 3 Fällen und ein negatives bei 7 Patienten. Die restierenden 22 Fälle mit maculo-anästhetischen resp. rein anästhetischen Erscheinungen lieferten einmal ein stark positives, zweimal ein positives und 19 mal ein negatives Resultat. Die beobachteten 60 Fälle sind in ihren Hauptpunkten kurz, summarisch geschildert. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die WASSERMANNsche Reaktion bei Lepra und beim Abdominaltyphus, von MERKURJEW. (*Russki Wratsch.* 1910, Nr. 27.) Die vom Verfasser nach den verschiedensten Modifikationen angestellten Versuche bei Leprösen und Typhösen in bezug auf die WASSERMANNsche Reaktion ergaben, dafs von 9 Kranken mit Lepra tuberosa 7, von 7 mit Nervenlepra 4 positiv und von 13 Kranken mit Abdominaltyphus keiner positiv reagirte. *Arthur Jordan-Moskau.*

Die WASSERMANNsche Serumreaktion in 48 Leprafällen, von DENIS MONTESANTO und DAM. SOTIRIADÈS. (*Presse méd.* 1910. Nr. 70.) Die tuberösen Formen gaben 62,9 % positive Reaktion und, wenn man die partielle Hemmung hinzurechnet, 88,8 %. Die gemischten Formen gaben in 50 % der Fälle ein positives Resultat (75 % bei Einrechnung der partiellen Hemmung), die rein anästhetischen Formen nur in 16,6 %. Verwandt wurde die BAUER- und STERNsche Modifikation der Reaktion, als Antigen syphilitische Fötalleber benutzt. In sechs Fällen wurde nach der Original-WASSERMANNschen Reaktion untersucht. *Gunsett-Strafsburg.*

Die Diagnose der Lepra, von ISADORE DYER und RALPH HOPKINS-New Orleans. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 55, Nr. 11.) Klinische Studie. *Schourp-Danzig.*

Ein Fall von Lepra tuberosa, von C. W. YARRINGTON-Calumet. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 54, Nr. 19.) Krankheitsgeschichte eines 37 jährigen Norwegers mit Lepra tuberosa im Gesicht und an den Händen. *Schourp-Danzig.*

Ein schwieriger Fall von Lepra, von CH. J. WHITE und O. RICHARDSON Boston. (*Publications of the Massachusett General Hospital.* Oktober 1909.) Sehr interessante ausführliche Krankengeschichte einer 19 jährigen Russin aus den baltischen Provinzen; sowohl die Anamnese, wie die klinischen Erscheinungen und Verlauf sprachen absolut für Syphilis, eine Diagnose, die von einer ganzen Reihe von Autoritäten bestätigt wurde. Dabei fanden sich bei wiederholter Untersuchung in den histologischen Schnitten säurefeste Bazillen, die auf Grund eingehender Untersuchungen für Leprabazillen erklärt werden mufsten. Dabei fehlten alle pathognomischen Zeichen der Lepra und erst nach monatelanger Beobachtung fanden sich typische Knötchen in der Nasenschleimhaut, welche die Diagnose Lepra bestätigten.

W. Lehmann-Stettin.

Ein Fall von Lepra und Geisteskrankheit bei einer Europäerin, von R. JONES und R. W. J. PEARSON-Claybury. (*Lancet.* 3. September 1910.) Einen direkten Zusammenhang der Geisteskrankheit (Dementia praecox) als Folge der Lepra wollen Verfasser allerdings nicht behaupten, doch ist anzunehmen, dafs das Bewufstsein, an Lepra zu leiden, die geistige Entartung beschleunigt hat. Es handelte sich um eine 21 jährige intelligente und gebildete Engländerin, die als junges Mädchen in Demerara infiziert worden war. Das beigegebene Bild zeigt typische tuberöse Läsionen des Gesichts; Bazillenbefund positiv. Nastin wurde ohne wesentlichen Erfolg verabreicht, ebenso Chaulmoograöl und Röntgenbestrahlung. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Bakteriologie und Behandlung der Lepra, von F. A. SMITH und E. BISSET. (*Transact. Report.* Bombay Med. Congress 1909.) Alle früheren Behandlungsmethoden

halten die Verfasser für zwecklos und berichten dann über 6 von 20 mit Nastin B behandelte Fälle, in welchen sehr bemerkenswerte Erfolge erzielt wurden.

Arthur Schucht-Danzig.

Mitteilungen über die Behandlung der Lepra mit Nastin, von THOS. JACKSON. (*Transact. Report,* Bombay Med. Congress 1909.) Von neun mit Nastin behandelten Fällen wurden einige bedeutend, die meisten leicht gebessert. Ein Nachteil der Behandlung ist die lange Zeit, während der sie fortgesetzt werden muſs.

Arthur Schucht-Danzig.

Nastin bei der Behandlung der Lepra, von F. RASCHID. (*The Therap.* August 1909.) Das Nastin hat fortschreitend günstigen Einfluſs auf den Verlauf der Krankheit, wie drei Krankengeschichten lehren. *Arthur Schucht-Danzig.*

Die Nastinbehandlung der Lepra, von JAS. DAVIDSON. (*Indian med. Gaz.,* Nastinsupplement. November 1909.) Verfasser erzielte durch Nastinbehandlung bei tuberöser Lepra zwar keine bemerkenswerte Erfolge, wohl aber Besserung in jedem behandelten Falle. *Arthur Schucht-Danzig.*

b. *Tuberkulose.*

Über Tuberkelbazillennachweis bei Hauterkrankungen, von WILHELM LIER-Wien. (*Med. Klinik.* 1910. Nr. 37.) In einigen Fällen von Lupus und Tuberkuliden wurde mittels des Antiforminverfahrens nach Tuberkelbazillen gesucht:

Frisch exzidierte Stückchen werden zerkleinert, ausgewässert und im 27°-Ofen in 15—20%iger Antiforminlösung aufgelöst. Die so entstandene Flüssigkeit wurde dann unter Zusatz eines Fünftel Volumteils Alkohols zentrifugiert, das Sediment noch zweimal gewaschen und dann auf sterile Objektträger aufgetragen. Es wurden relativ häufig, u. a. sogar bei Lichen scrophulosorum, Bazillen gefunden.

Arthur Schucht-Danzig.

Die moderne Wandlung des Skrophulosebegriffs, von FREUND. (*Fortschr. d. Med.* 1910. Nr. 23.) Verfasser möchte auf die Bezeichnung Skrophulose verzichten und an Stelle derselben die von CZERNY 1905 eingeführte exsudative Diathese setzen, die man als eine angeborene, abnorme Veranlagung des Körpers und seiner Gewebe in chemischer Beziehung definieren kann, derart, daſs die Ernährungsvorgänge Abweichungen von der Norm bieten, die nach CZERNY in einer Beeinträchtigung des Fettstoffwechsels bestehen. *Haas-Hamburg.*

Tuberculosis cutanea erythrodermica desquamativa generalis, von BOSELLINI. (*Il Policlinico.* Bd. XVII, Nr. 7.) Der beschriebene Fall beweist, daſs es eine Hauttuberkulose gibt mit den Charakteren der Rötung, allgemeiner Schuppung und Jucken. Der Fall ähnelt der Pityriasis rubra HEBRA. *Haas-Hamburg.*

Über Tuberkulide, von SIEGFRIED GROSS-Wien. (*Med. Klinik.* 1910. Nr. 21.) Kurze Zusammenfassung des derzeitigen Standes der Tuberkulidfrage.

Arthur Schucht-Danzig.

Über die Beeinflussung der v. PIRQUETschen Tuberkulinreaktion durch verschiedene Krankheiten, von F. ROLLY-Leipzig. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 44.) Das Verhalten der v. PIRQUETschen Tuberkulinreaktion hat R. während des Bestehens und in der Rekonvaleszenz von folgenden Erkrankungen geprüft: Scharlach (46 Fälle), krupöse Pneumonie (33), Unterleibstyphus (6), Diphtherie (23), Erysipel (18), Polyarthritis rheumatica (17) und Angina follicularis (8). Im allgemeinen ist zu konstatieren, daſs eine ganze Reihe der Patienten, meistens Kinder, während der akuten Erkrankung negativ reagierten, nach Ablauf derselben aber ein positives Resultat ergaben, wie dies ja schon bei Masern allgemein bekannt ist. Daſs übrigens die Reaktion nicht absolut mathematisch zutrifft, zeigten vier andere Fälle, die zur Autopsie kamen.

Das Versagen der Reaktion bei fieberhafter Erkrankung dürfte nach R.s Auseinandersetzung am wahrscheinlichsten durch eine lokale Veränderung in der Haut als Folge der interkurrenten Krankheit zu erklären sein. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über kosmetische Operation der Halsdrüsentuberkulose, von Krüger-Jena. (*Dtsch. Ztschr. f. Chirurg.* Bd. 106, Heft 4—6.) Der Verfasser stellt an eine kosmetische Operation der Halsdrüsen folgende Ansprüche: Die zurückbleibende Narbe soll möglichst wenig sichtbar sein; alle Drüsenregionen des Halses sollen zugänglich werden; der Zugang soll so ausgiebig sein, daſs alle Formen der Drüsentuberkulose angreifbar sind und die Operation schnell durchgeführt werden kann, ohne Nebenerscheinungen fürchten zu müssen. Der Schnitt soll eine gute Drainage ermöglichen. Zu diesem Zwecke beginnt die Inzision in der Höhe der Warzenfortsatzspitze an der Haargrenze, läuft mit dieser nach hinten und unten, dann ungefähr auf dem vorderen Rande des Musculus trapezius leicht bogenförmig zur Clavicula, nach vorn umbiegend, parallel zu ihr und dicht oberhalb von ihr zum Ansatz des Musculus sternocleidomastoideus, eventuell über diesen hinweg bis zum Jugulum. *Schourp-Danzig.*

Tuberkulose der Unterlippe, von Luigi Bobbio - Turin. (*Riforma med.* 1910. Nr. 49.) Es handelte sich um einen seltenen Fall von tuberkulösem Granulom der Unterlippe bei einem 30jährigen Manne. Die Diagnose wurde nach Exstirpation des Tumors durch das Mikroskop bestätigt. *Gunsett-Straſsburg.*

Zur Ätiologie des Lupus vulgaris, von M. Krüger - Altona. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 22.) Folgende mit Hilfe des von Uhlenhuth empfohlenen Antiformins ausgeführte Untersuchungsmethode hat Verfasser bei 13 Lupusfällen angewandt und ausnahmslos ein positives Resultat erzielt: Ein etwa bohnengroſses Stück lupösen Gewebes wird mit steriler Schere zerkleinert und im sterilen Mörser zu Brei zerdrückt. Mit einer 10%igen Antiforminlösung versetzt, wird dieser Brei 8 bis 24 Stunden im Brutofen belassen bis zur vollständigen Auflösung. Dann wird ein bis zwei Stunden lang zentrifugiert, eventuell nach Zusatz von 1/5 Volumen Alkohol. Das Zentrifugat wird auf Objektträger gebracht, getrocknet, in der Flamme fixiert und gefärbt. Die einzelnen Stadien der Färbung waren: Färben, zwei Minuten in frischer Methylviolettlösung unter häufigem Aufkochenlassen über der Flamme; Lugolsche Lösung, zwei Minuten; Salpetersäure (5%) zwei Minuten; Salzsäure (3%) zehn Sekunden; Azeton, Alkohol (ana) bis zur Entfärbung: Abspülen mit Wasser; Gegenfärbung mit Safranin (1%) zwei bis fünf Sekunden; Abspülen mit Wasser, Trocknenlassen, Zedernöl. Während für alle 13 Lupusfälle mit dieser Methode das Tuberkulosevirus nachzuweisen war, fanden sich säurefeste, Ziehl - färbbare Tuberkelbazillen nur bei drei der Patienten. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Lupusbehandlung und die Lupusheilstätten. (Eine Abwehr der Angriffe in dem Berichte des Kuratoriums der Stiftung „Heilstätte für Lupuskranke“, Jahrgang 1909.) Von E. Finger - Wien. (Franz Deuticke, Leipzig und Wien 1910.) Finger erklärt, daſs seine Ausführungen in der *Med. Klinik*, Sept. 1909, nicht gegen die Langsche Wiener Lupusheilstätte gerichtet waren, deren Tätigkeit in beschränktem Wirkungskreise er für verdienstlich hält. Er nimmt aber mit vollstem Recht für sich als Fachmann das Recht in Anspruch, die Frage zu erörtern, was Lupusheilstätten i. a. zur Bekämpfung des Lupus als Volkskrankheit leisten. In diesem Sinne hält er das Problem durch Errichtung der Langschen Anstalt nicht für befriedigend gelöst, vielmehr glaubt er an eine wirksame Lupusbekämpfung erst dann, „wenn durch eine sorgfältige Überwachung der Bevölkerung, insbesondere der kindlichen, die neuentstehenden Fälle von Lupus möglichst frühzeitig entdeckt (Schulärzte) und den im Lande zerstreuten Kliniken und Provinzialkrankenhäusern Gelegenheit geboten wird,

die wirksamen Heilmethoden zur Anwendung zu bringen und zum Gemeingute der Ärzte zu machen". In diese Bahnen möchte FINGER die öffentliche Wohltätigkeit lenken. *Arthur Schucht-Danzig.*

Die Behandlung des Lupus vulgaris mit Rücksicht auf die Pathogenese, von EDUARD LANG-Wien. (*Med. Blätter.* 1910. Nr. 21—23.) Referat in der Lepra-kommission des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose, 12. Mai 1910 in Berlin. *Schourp-Danzig.*

Die Behandlung des Lupus, von A. WINKELRIED WILLIAMS-Brighton. (*The Antiseptic.* 1907. Nr. 11.) *Schourp-Danzig.*

c. *Syphilis.*

Beitrag zur Symbiose der Syphilis und Tuberkulose, von FR. BERING-Kiel. *Med. Klinik.* 1910. Nr. 39.) Der sichere Nachweis einer Mischinfektion ist bisher nur in etwa drei Fällen geführt: Hier wird über zwei Fälle berichtet, in denen bald nach einer syphilitischen Infektion ganz akute Schwellung von Lymphdrüsen am Halse auftraten, die als zweifellos tuberkulös erwiesen wurden (Tierexperiment). In dem einen Fall trat an der linken Submaxillardrüse ein Skrophuloderma auf. Beide Male wurde wegen Vereiterung Inzision notwendig. Verfasser nimmt an, daſs beide Patienten schon vor der syphilitischen Infektion tuberkulös waren, der eine hatte Lungen-, der andere Drüsentuberkulose; in die bereits tuberkulöse Drüse sind Spirochäten eingewandert, welche aber weniger widerstandsfähig als die Tuberkelbazillen sind und daher nicht nachweisbar waren. Hg-Behandlung kann in dem einen Falle zu der schnellen Abscedierung (Reaktionsprozesse) beigetragen haben.

Arthur Schucht-Danzig.

Tuberkulose der Knochen und Gelenke, Syphilis und skrophulöse Syphilis (scrofulate de vérole), Diagnose und Behandlung, von PRIVAT. (*Journ. d. pratic.* 1910. Nr. 16.) PR. weist auf das häufige Vorkommen einer Kombination von Syphilis und Tuberkulose an Knochen und Gelenken hin. Bei Knochen- und Gelenktuberkulose findet sich nicht selten ein oder das andere Symptom, das zu dem Bilde der Affektion nicht paſst; man muſs dann stets an eine Mischinfektion von Tuberkulose und Syphilis denken. Für Syphilis spricht die Erkrankung zweier symmetrischer Knochen oder Gelenke, gleichzeitige Erkrankung von mehr als drei Knochen oder Gelenken, das Auftreten einer Spina ventosa, namentlich wenn daneben noch Drüsen oder andere Knochen erkrankt sind, Erhaltung der Bewegungsfähigkeit und Schmerzlosigkeit der Bewegungen bei Gelenkentzündungen, Auftreten spontaner Schmerzen bei Nacht trotz absoluter Ruhigstellung des erkrankten Gelenkes, dagegen Schmerzlosigkeit bei Tag, Verdickung der erkrankten Knochen und der umgebenden Weichteile, Bildung verhältnismäſsig dünnen, fadenziehenden, klebrigen Eiters, Entstehung steilgeränderter Fisteln, die sich leicht wieder schlieſsen. Sind im übrigen die Krankheitserscheinungen die der Tuberkulose, dann handelt es sich höchst wahrscheinlich um eine Kombination von Syphilis und Tuberkulose. In solchen Fällen müssen beide Affektionen stets gleichzeitig behandelt werden, die Syphilis im besonderen langdauernd und intensiv. Zu solch langdauernder und intensiver antisyphilitischer Kur eignet sich nach PR. am besten innerlicher Gebrauch des Quecksilberjodür und Jodkalium enthaltenden Sirop de Gibert, von dem Kindern täglich zwei, Erwachsenen vier bis acht Eſslöffel voll bekommen; diese groſse Dosen werden sehr gut vertragen und müssen mehrere Monate hindurch gegeben werden, doch wird nach je vier Wochen immer eine Woche lang pausiert. *Götz-München.*

Der syphilitische und tuberkulöse Patient, von GILLIFORD B. SWEENEY-Pittsburgh. (*New York. med. Journ.* 7. September 1910.) Die Koinzidenz von Syphilis

und Tuberkulose bei ein und demselben Individuum ist eine nicht gar so seltene Erscheinung, die auch S. in einer Anzahl von Fällen beobachtete. Zur Behandlung dieses Zustandes empfiehlt er nun zwei Mittel, die er entweder abwechselnd oder zusammen anwandte. Ersteres bestand aus Quecksilberbenzoat (in Dosen von 6 bis 7½ mg), suspendiert in einem sterilen wässerigen Extrakt aus dem Inhalte des Ductus thoracius eines jungen Ochsen; in vielen Fällen zeigte diese Suspension in geringen Dosen (3 mg des Quecksilberbenzoats enthaltend), subcutan, nicht intramuskulär einverleibt, schon das Maximum der Wirkung. S. führt den günstigen Einfluſs dieser Lymphe nicht so sehr auf die spezifische Wirkung des Quecksilbers als darauf zurück, daſs sie die natürlichen Verteidigungsmaſsregeln des Körpers stärkt, den Gesamtorganismus kräftigt. Die Anführung von drei nach dieser Methode behandelten Fällen lehren die Notwendigkeit, bei gleichzeitig vorhandener Syphilis und Tuberkulose beide Krankheiten für sich als pathologisch unabhängig zu behandeln. *Stern-München.*

Vergleichende serologische Untersuchungen bei Tuberkulose und Syphilis, von Rudolf Müller und Erhard Suess. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1910, Nr. 16.) Einzelne Untersucher haben gefunden, daſs manchmal schwere Phthisen positive Komplementablenkung mit syphilitischem Organextrakt zeigen, wenn auch diese Reaktionen den bei der überwiegenden Mehrzahl luetischer Sera gefundenen Ausfällen quantitativ nicht gleichwertig waren. Die Verfasser haben nun 103 Fälle von Tuberkulose der verschiedensten Stadien daraufhin geprüft; zugleich auch auf die schon früher angeschnittene Frage der Komplementbindung mit Tuberkuloseserum bzw. Tuberkulin. Sie ziehen daraus folgende Schlüsse:

1. Bei Seris Tuberkulöser, die mit Herzextrakt vollkommene Bindung zeigen, findet man ausnahmslos auch Bindung mit Tuberkulin oder Tuberkelbazillen. Umgekehrt reagieren nur in seltenen Fällen Sera Tuberkulöser mit Bazillen oder Tuberkulin positiv, mit Herz völlig negativ. Auch Luessera zeigen oft mit Bazillen und Tuberkulin Komplementfixation.

2. Die Komplementbindung tuberkulöser Sera mit Tuberkulin beruht nicht auf Wechselwirkung von Antikörper und Antigen. Man erhält vielmehr qualitativ identische Reaktionen, wie mit Tuberkulin, auch mit Bouillon und Pepton. Diese Reaktion wird nicht durch vorausgegangene Tuberkulinbehandlung bedingt.

3. Im Verhalten beider Reaktionen zueinander läſst sich durch Verfolgung ihrer quantitativen Differenzen folgendes gesetzmäſsige Verhalten konstatieren: Luessera zeigen starke Affinität zu Herzextrakt, relativ schwache jedoch zu Tuberkelbazillen, Tuberkulin, Bouillon und zu Pepton, während die positiv reagierenden Tuberkulosefälle quantitativ entgegengesetzte Affinitätsverhältnisse zeigen.

In praktischer Hinsicht ergibt sich daraus die Möglichkeit, Fälle unvollkommener Hemmung bei der Wassermannschen Reaktion durch vergleichende Prüfung mit Peptonantigen mit Sicherheit als nichtluetische zu erkennen.

W. Lehmann-Stettin.

Neue Methoden des Syphilisnachweises, von Gastou. (*Bull. d. soc. franç. d. proph. sanit. et mor.* 10. März 1910.) Der Vortragende bespricht die modernen Methoden der Syphilisdiagnose: Tierexperiment, Spirochätennachweis und Seroreaktion.

Für die Fälle zweifelhafter Syphilis ist der Spirochätennachweis am geeignetsten. Dieser geschieht am besten mittels Dunkelfeldapparates. Für die latente Lues kommt die Wassermannsche Reaktion in Frage. G. bespricht ferner die mittels letzterer Methode erhaltenen Befunde bezüglich hereditärer Syphilis und bezüglich der metaluetischen Krankheiten. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Über antitryptische Stoffe bei Syphilis, von G. Stümpke. (*Med. Klinik.* 1910. Nr. 6.) Verfasser faſst seine Untersuchungen folgendermaſsen zusammen: 1. Bei sicherer

Lues ist der antitryptische Titer in 70% der Fälle herabgesetzt. 2. Dieses Phänomen ist in den Spätstadien am ausgeprägtesten. 3. Auch bei einem Teile der metasyphilitischen Erkrankungen (Tabes und Paralyse) scheint der antitryptische Titer herabgesetzt zu sein. 4. Bei einer Kombination von Lues und anderen Erkrankungen, die mit einer Vermehrung der antitryptischen Stoffe im Blute einhergehen, ist eine Erhöhung des antitryptischen Titers möglich. 5. Der einzelne Fall kann innerhalb kurzer Zeit seinen antitryptischen Titer verändern.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Neue Forschungsergebnisse in der Syphilispathologie und -therapie, von M. v. Zeissl-Wien. (*Wien. klin. Rundsch.* 1910. Nr. 41—46.) *Schourp-Danzig.*

Über die hygienischen und prophylaktischen Mafsregeln, welche in Findelhäusern zu befolgen sind, um die Übertragung der Syphilis auf Ammen zu verhindern, von Giuseppe Ciuffo. (*Giorn. reale Soc. ital. d'Igiene* 1909.) Es werden jährlich in Italien 22000 illegitime Kinder in die Findelhäuser aufgenommen, von denen ein sehr hoher Prozentsatz hereditär luetisch ist (ungefähr 1200).

Was die prophylaktischen Mafsregeln anbetrifft, so fordert der Verfasser eine strenge Anwendung der modernen diagnostischen Methoden, um die Krankheitsfälle möglichst frühzeitig zu eruieren. *Gunsett-Strafsburg.*

Die erworbene Immunität bei der Syphilis, von C. Levaditi-Paris. (*Zeitschr. f. Immunitätsforsch. u. exper. Ther.* 1910. Bd. 2, Heft. 13. u. 14.) Die Abhandlung basiert einerseits auf den klinischen Beobachtungen der alten und neuen Syphilidologen, andererseits auf den Resultaten der modernen, experimentellen Syphilisforschung. Aus den Untersuchungen Levaditis geht hervor, dafs vom Anfang bis zum Ende der Erkrankung die Immunität nur eine partielle ist. Entgegen den anderen toxi-infektiösen Erkrankungen folgt bei der Syphilis auf die Sekundärperiode mit ziemlich ausgesprochener Immunität eine andere, die durch Überempfindlichkeit charakterisiert ist, die Tertiärperiode. Die Frage, warum Perioden der Latenz während des Verlaufs der Syphilis vorkommen und warum nach Ablauf dieser Perioden die Haut bei einer ziemlichen Unempfindlichkeit fremden Spirochäten gegenüber viel widerstandsloser den eigenen gegenüber ist, erklärt L. folgendermafsen: Die Spirochäten bleiben im Gewebe verborgen, so lange ihre Empfindlichkeit den Antikörpern gegenüber nicht verändert ist. Sobald es ihnen aber gelingt, den Antikörpern gegenüber fest zu werden, beginnen sie wieder, sich zu vermehren und die Blutbahn zu überschwemmen. So kommen dann die sekundären Haut- und Schleimhautläsionen zustande. Dieser neuen Spirochätenseptikämie folgt eine neue Bildung von Antikörpern, welche eine Latenz hervorrufen. Sind endlich die Parasiten auch gegen diese Antikörper fest geworden, so kommt es zum Tertiarismus. Diese bei Spirochaeta pallida allerdings nur hypothetische biologische Plastizität ist bereits bei nahen Verwandten derselben, bei der Spirochaeta Duttoni bei „Tick-fever" nachgewiesen. Nimmt man diese Hypothese an, so erklärt sich auch der Umstand leicht, dafs die Haut, trotzdem sie für die antikörperfesten Spirochäten des eigenen Körpers sehr empfindlich ist und mit lokalen Läsionen, die vom Primäraffekt verschieden sind, reagiert, doch neuen, fremden Spirochäten gegenüber sich refraktär verhält. Da dieses refraktäre Verhalten nur ein partielles ist, so kann es durch eine grofse Quantität in die Haut deponierter fremder Spirochäten aufgehoben werden. So kommen die Resultate von Finger, Landsteiner u. a. zustande, denen es gelang, bei Tertiär-Luetikern durch Reinokulation mit fremden Spirochäten in grofser Menge tertiäre Symptome hervorzurufen. Was den intimen Mechanismus der Immunität bei der Syphilis betrifft, so ist darüber nichts bekannt. Es ist aber nachgewiesen, dafs bei nahe verwandten Arten, bei Spirochaeta gallinarum, anserina und Duttoni, die Immunität der Tiere,

welche Hühner- oder Gänsespirillose oder Tick-fever überstanden hatten, durch eine intensive Phagocytose dieser Spirochäten durch die mono- und polynukleären Leukocyten zustande kommt. Außerdem ist nachgewiesen, daß diese Phagocytose durch im Serum der vaccinierten Tiere enthaltene Opsonine begünstigt, wenn nicht hervorgerufen wird. Es ist deshalb wahrscheinlich, „daß die Zerstörung der Spirochäten bei refraktären Individuen ebenfalls das Werk der Phagocyten und die indirekte Folge eines noch unbekannten opsonisierenden Antikörpers ist". Die Aufnahme von Syphilisspirochäten in mononukleäre Leukocyten und Mikrophagen wurde übrigens von Levaditi in der Lunge neugeborener heredoluetischer Kinder und von Gierke in Organen von Kindern syphilitischer Eltern nachgewiesen, wo die Spirochäte eine regressive Metamorphose mit moniliformem Zustand und granulöser Umformung eingeht. *Gunsett-Straßburg.*

Untersuchungen über familiäre Syphilis, von Babinski und Barré. (*Bull. méd.* 1910. Nr. 42.) In einer großen Zahl der Fälle konnten die Verfasser bei den Frauen von Tabetikern und Paralytikern positiven Wassermann feststellen, ohne daß diese irgendeinen Anhaltspunkt für Lues boten. Weitere Untersuchungen in dieser Richtung sind notwendig. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Die Erkennung der Syphilis und ihrer Aktivität durch probatorische Quecksilberinjektionen, von Felix Glaser-Schöneberg. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 27.) Die Thalmannschen Lehren über die Wirkung des Hg auf den syphiliskranken Organismus führten Verfasser zu folgender Fragestellung: „Sind bei positiver Wassermannscher Reaktion und latenter Lues Spirochäten im Körper vorhanden, so können sie durch Hg-Injektionen zum Zerfall gebracht werden; Endotoxine werden alsdann frei und bringen Fieber hervor. Es würde demnach das Fieber auf im Körper vorhandene Spirochäten hinweisen. Demnach könnte auf aktive Lues geschlossen werden." Wenn auch die Komponente des reinen Quecksilberfiebers nach Injektion nicht vollkommen auszuschließen ist, glaubt Verfasser die Entstehung des Fiebers durch Resorption von Syphilisgiften erklären zu können. Er erzielte nun bei latenten Luesfällen Fieberbewegungen nach Hg-salicyl.-Injektionen. Die meisten Patienten reagierten nicht auf die erste, sondern erst auf die zweite bis vierte Einspritzung. Die Temperatursteigerungen sind ziemlich gering: 37,7—38,5; in einem Falle allerdings 39.

Verfasser glaubt die Folgerung ziehen zu können, daß, wenn bei latenter Lues und positiver Wassermannscher Reaktion durch einmalige oder wiederholte Hg-Injektionen ein- bis dreitägiges Fieber erzeugt wird, Spirochäten im Körper anzunehmen sind und eine antiluetische Therapie notwendig ist. Es fehlt aber hierzu vor allem die unbedingt erforderliche Versuchsreihe an Gesunden, welche erweist, daß bei diesen die geringen Temperatursteigerungen nach Hg-Injektionen nicht so regelmäßig vorkommen. *Arthur Schucht-Danzig.*

Ist das nach Hg-Injektionen bei Lues auftretende Fieber als ein Zeichen aktiver Lues aufzufassen, von Gustav Stümpke-Kiel. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 40.) Gegen die Auffassung Glasers, in der Temperatursteigerung nach Hg-Injektionen bei latenter Lues ein Symptom aktiver Syphilis zu erblicken, und danach sogar das therapeutische Handeln einzurichten, spricht vor allem die an der Hand von Kuren erhärtete Tatsache, daß auch Nichtluetiker nach Hg-Injektion Temperatursteigerung bekommen. *Arthur Schucht-Danzig.*

Über Fiebererscheinungen im Spätstadium der Syphilis, von Bjalokur. (*Praktitscheski Wratsch.* 1910. S. 730.) Im Jahre 1900 hat Verfasser einen Fall von Lues cerebrospinalis beschrieben, der mit erhöhter Temperatur einherging, jetzt berichtet er über einen lange unklar gebliebenen Fall von Übelkeit, Erbrechen und abendlichen Temperaturerhöhungen bei einer 30jährigen Frau. Unter Jodkalium

schwanden alle Erscheinungen, so daſs ex juvantibus die Diagnose auf luetisches Fieber gestellt werden muſste. *Arthur Jordan-Moskau.*

Können die Erscheinungen der tertiären Periode der Syphilis für nicht ansteckend angesehen werden? von Terebinsky. (*Wratschebanja Gaseta.* 1910. S. 1293 und 1335.) Die Auseinandersetzungen des Verfassers laufen darauf hinaus, daſs sowohl die klinischen Beobachtungen als die Erfahrungen über die hereditäre Syphilis, wie endlich die experimentellen Versuche für die Möglichkeit der Übertragung der Syphilis durch ihre tertiären Produkte sprechen. Wie oft das vorkommt, wissen wir nicht. Gewiſs ist nicht in jedem einzelnen Fall die Absonderung eines Gumma ansteckend, aber ebenso wenig ist jedes Gumma für ungefährlich für die Umgebung anzusehen. *Arthur Jordan-Moskau.*

Leukocytenformel bei Syphilis, von Vedel und Mansillon. (*Bull. méd.* 1910. S. 1110.) In allen Stadien der Syphilis findet sich Herabsetzung des Hämoglobingehaltes und Vermehrung der groſsen mononukleären Leukocyten auf Kosten der Lymphocyten. Hg-Behandlung vermehrt den Hämoglobingehalt und die Lymphocyten. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Syphilis während 28 Jahren verkannt, von Beurmann, Grandchamp und Bith. (*Bull. méd.* 1910. Nr. 91.) Ein 28jähriger Mann vom Aussehen eines 14jährigen Knaben, der im ersten Lebensjahre, wahrscheinlich durch seine Amme, Syphilis akquirierte. Er wurde stets auf Tuberkulose behandelt, so daſs die Syphilis freien Lauf nehmen konnte. Die Erscheinungen wurden durch Quecksilber und Hektin zum Verschwinden gebracht. Die Autoren weisen auf die Wichtigkeit der Blutuntersuchung bei Ammen hin. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Nichterkannte Syphilis. Chirurgische Exstirpation von Gummis, Rezidive, Heilung durch Hektin, von M. G. Milian. (*Le Progrès méd.* 1910. Nr. 4.) Eine 37jährige Frau kam mit einer 9 cm langen, 1 cm breiten Ulceration am Halse zur Behandlung; die Diagnose war vor drei Monaten auf einen abgekapselten, kalten Absceſs gestellt; jetzt wurde die Ulceration als syphilitisches Gumma erkannt. An Tibia und Fibula fanden sich syphilitische Periostosen; die Leber war enorm vergröſsert. Ein vor zwei Jahren als Fibrosarkom der Leber exzidierter Tumor wurde erneut untersucht, wobei sich herausstellte, daſs die Geschwulst ein syphilitisches Lebergumma gewesen war.

Die Patientin wurde 40 Tage lang mit Injektionen von Hektin, einem Arsenikpräparat, behandelt und gebessert. *Schourp-Danzig.*

Über die Morbidität im Wochenbett bei vorzeitigem Fruchttod und bei Syphilis der Mutter, von O. Jaeger-Kiel. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 35.) An der geburtshilflichen Klinik in Kiel hat Verfasser die Beobachtungen aus vier Jahren zusammengestellt und dabei 67 Fälle von Abgestorbensein der Frucht verzeichnet gefunden; bei 54 derselben war eine bestimmte Ursache nachweisbar, und bei nicht weniger als 46 derselben war dies Syphilis. Für die Morbidität des Wochenbettes ist die Lues, wie zu erwarten, durchaus nicht indifferent. Während die Gesamtmorbidität der Klinik sich auf 17 % bezifferte, wurde bei im ganzen 117 luetischen Wöchnerinnen (46 mit todfaulem Kinde, 71 mit lebender Frucht) die Morbidität auf etwa 46 % berechnet. Dabei zeigten von diesen 50 fiebernden luetischen Wöchnerinnen 28 durchaus keine syphilitischen Läsionen an den äuſseren Genitalien. Auf eine Infektion durch den Geburtshelfer konnte in wenigstens acht bis neun Fällen die Puerperalerkrankung nicht zurückgeführt werden, da diese intra partum nur äuſserlich untersucht worden waren. Diese Vorsicht ist überhaupt bei jeder luetischen Frau in der letzten Zeit der Schwangerschaft und intra partum anzuempfehlen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Syphilis in den Dörfern und deren Behandlung, von BORDEA. (*Revista stiintselor med.* Mai 1910.) Die Syphilis hat unter der rumänischen Landbevölkerung, namentlich in gewissen Gegenden, grofse Fortschritte gemacht, was einerseits der Unwissenheit, andererseits der Scheu, welche noch ein grofser Teil der Dorfbevölkerung vor ärztlicher Behandlung hegt, zuzuschreiben ist. Demgegenüber können nur energische Mafsregeln nützlich sein und hat daher der Verfasser in seinem Bezirke die Obligativität der Behandlung eingeführt. Die als syphilitisch erkannten Individuen erhalten ein Büchlein, in welchem der Grad der Krankheit und die gemachte Behandlung verzeichnet steht. Dieselben werden in Evidenz gehalten und, indem an dem Prinzip der zyklischen, lange dauernden Behandlung festgehalten wird, so mufs der betreffende Patient zu gewissen Zeiten im Spital oder der ärztlichen Ordination erscheinen, um seine Behandlung (meist intramuskuläre Einspritzungen von Hg salicylicum) fortzusetzen. Diejenigen, welche sich der Behandlung entziehen, werden, wenn not, unter polizeilicher Begleitung eingebracht. Das Mittel scheint etwas drastisch zu sein, soll aber den Versicherungen des Verfassers zufolge sehr gute praktische Resultate ergeben. *E. Toff-Braila.*

Die dysplasische Syphilis (La syphilis dysplasique), von P. DELBET. (*Presse méd.* 1910. Nr. 31.) Der Verfasser publiziert sieben Fälle von kongenitaler Läsion des Nervensystems, dem sog. LITTLEschen Symptomenkomplex (pes equinus, Flexion der Unter- und Oberschenkel usw.) bei Kindern, bei denen weder objektiv noch anamnestisch Vestigien der hereditären Lues nachweislich waren. Alle Kranke zeigten eine positive WASSERMANNsche Reaktion, ferner zwei Fälle von Gaumenspalten und einen von diffusem Angiom des Gesichts ebenso mit positiver WASSERMANNscher Reaktion.

Gunsett-Strafsburg.

Versuche einer Cuti- und Ophthalmoreaktion der Syphilis, von GIUSEPPE CIUFFO. (*Gaz. med. ital.* 1909. Nr. 43.) Die Versuche fielen alle negativ aus.

Gunsett-Strafsburg

Diagnose und Therapie der Syphilis auf Grund der neueren Forschungsergebnisse, von A. BUSCHKE-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 19.) Aus der sehr ausführlichen Abhandlung sei kurz folgendes hervorgehoben: Da die Hg-Behandlung im Einzelfall keinen sicheren und bestimmt nachweisbaren Einflufs auf die WASSERMANNsche Reaktion hat, macht Verfasser die Dauer der Behandlung nicht von der Dauer der Reaktion abhängig, sondern behandelt nach wie vor intermittierend, in der Hauptsache nach klinischen Gesichtspunkten. Prognostisch mifst er der Reaktion wenig Wert bei und widerrät sie z. B. in Fällen von Ehekonsens, wo eine genügende Behandlung in entsprechender Zeitdauer vorausging. Die Domäne der Reaktion bleibt die Feststellung zweifelhafter Fälle, die Unterstützung bei der Diagnose interner, chirurgischer Affektionen, Krankheiten der Sinnesorgane, endlich die Ammenuntersuchung. *Arthur Schucht-Danzig.*

Die Cerebrospinalflüssigkeit in der Syphilis, von A. GHELFI. (*Morgagni.* 20. Juli 1910.) Eine Literaturstudie. *Gunsett-Strafsburg.*

Der Liquor cerebro-spinalis im Verlauf der akquirierten und hereditären Syphilis, von PAUL RAVAUT. (*Revue mens. de méd. int. et de thér.* 15. Juni 1909. Nr. 3.) Die verschiedenen Veränderungen des Liquor cerebro-spinalis werden auf drei Grundtypen zurückgeführt. In eine erste Gruppe kommen die nur vorübergehenden Veränderungen. Man findet dann vermehrten Druck, fibrinöse Trübung, mono- und polynukleäre Leukocyten, selten Plasmazellen. Ferner ist der Eiweifsgehalt vermehrt und die WASSERMANNsche Reaktion ist immer negativ. Klinisch handelt es sich um manche sekundäre Manifestationen mit meningealer Reaktion. In eine zweite Gruppe kommen die dauernden Veränderungen des Liquor. Aufser vermehrtem Druck und

fibrinöser Trübung sind mono- und polynukleäre Leukocyten vorhanden, daneben aber große Mengen von Plasmazellen. Das Eiweiß ist sehr stark vermehrt, die WASSERMANNsche Reaktion positiv. Klinisch handelt es sich um Tabes, progressive Paralyse oder prämonitorische Symptome dieser Krankheiten. Diese Veränderungen widerstehen jeder Behandlung im Gegensatz zu der ersten Form, welche einer Therapie zugänglich ist. Zwischen diesen beiden Formen gibt es eine dritte, intermediäre. Bei manchen Kranken kann eine Hemiplegie, eine Hirnnervenlähmung, eine Neuritis optica isoliert vorkommen und, ohne Folgen zu hinterlassen, vollständig abheilen oder auch das Anfangssymptom einer Systemerkrankung darstellen. Bei diesen Kranken erlaubt die Untersuchung des Liquor bis zu einem gewissen Grade die Intensität und Schwere der Läsion festzustellen. Und zwar ist immer ein Fehlen von Plasmazellen und von Eiweißvermehrung, und eine negative WASSERMANNsche Reaktion ein Zeichen, daß die Krankheit leichterer Art und eher einer Therapie zugänglich ist, wenn es auch schwer ist, immer ein prognostisches Urteil zu fällen. Oft verschwinden die klinischen Symptome, aber die Veränderungen des Liquor cerebro-spinalis bleiben bestehen als Zeichen des Fortbestehens einer anatomischen Läsion des Zentralnervensystems. Die Lumbalpunktion soll deshalb in der Praxis systematisch ausgeführt werden und die dabei konstatierten Veränderungen sollen ebenso wie jedes andere klinische Symptom einen Fingerzeig für die Therapie geben. *Gunsett-Straßburg.*

Beitrag zur Kasuistik der Syphilis maligna, von KARL PIORKOWSKY-Nürnberg. (*Med. Klinik.* 1910. Nr. 24.) Zwei Fälle von maligner Lues werden besprochen und es wird auf die günstige Wirkung der Jodkaliumdarreichung bei diesen beiden Fällen hingewiesen. *Arthur Schucht-Danzig.*

Unschuldigerweise akquirierte Syphilis, von WALTER BROOKS BROUNER-New York. (*New York med. Journ.* 13. Aug. 1910.) Im Anschluß an zehn selbst beobachtete Fälle kommt B. zu folgenden Schlüssen: 1. Syphilis, eine der schlimmsten den Menschen befallenden Infektionskrankheiten, ist zweifellos in Zunahme begriffen, wie sowohl aus der Privat- wie Krankenhauspraxis zu entnehmen ist. 2. Unter dem Publikum herrscht noch eine bedauernswerte Unwissenheit bezüglich Ursprung, Häufigkeit und Übertragbarkeit der Syphilis. 3. Viele achtbare Leute akquirieren ohne geschlechtlichen Verkehr diese Krankheit und sind sich oft lange Zeit der wirklichen Natur derselben nicht bewußt. 4. Diese unschuldigen Opfer infizieren in ebenso unschuldiger Weise wieder andere. 5. Die häufigste Infektionsquelle ist der Gebrauch öffentlicher Trinkgefäße, von Handtüchern in Bädern und von schlecht gereinigten Kochgeschirren. 6. Die Sitte des gemeinsamen Kommunionskelches sollte baldigst abgeschafft und statt dessen für jedes Individuum ein eigener Kelch benutzt werden. 7. Die Gewohnheit, Trinkwasser an öffentlichen Unterhaltungsstätten in gemeinsamen Gefäßen herumzureichen, sollte von den lokalen Sanitätsbehörden wegen der Ansteckungsgefahr, die in diesen Trinkgefäßen lauert, verboten werden. 8. Spitäler, Polikliniken und öffentliche Gebäude sollten nicht mit allgemeinen Trinkgefäßen, sondern jedermann mit Papiertrinkbechern versehen werden. 9. Das Publikum muß über die Anforderungen an die Zahntechniker bezüglich aseptischer Instrumente instruiert werden; leider ist unter diesen der Brauch zu allgemein, die in unseren Kenntnissen der Asepsis gemachten Fortschritte nicht zu beachten. 10. Die Ärzte sollten stets an die Diagnose „Lues" denken und dessen eingedenk sein, daß sie eine sehr verbreitete Krankheit, die Reich und Arm in gleicher Weise befällt, sei.

Stern-München.

Schankerdiagnose, von W. S. GOTTHEIL-New York. (*Arch. of Diagnosis.* Jan. 1910.) G. bespricht die verschiedenen Bilder, unter denen der Primäraffekt auftreten

kann (gute Abbildungen) und verbreitet sich über die verschiedenen diagnostisch und differential-diagnostischen in Betracht kommenden Punkte. Nichts Neues.

W. Lehmann-Stettin.

Der syphilitische Schanker bei Kindern, von Adrien Maune. (*Thèse de Paris*. 1910.) Auf Grund zahlreicher einschlägiger Beobachtungen bespricht der Verfasser die syphilitische Infektion bei Kindern, welche zeitweilig vorkommt und meist extragenitaler Natur ist. Das Säugen, Küsse, Unterkleider und Toilettegegenstände, das Zusammenschlafen mit Erwachsenen, chirurgische Eingriffe, Spielzeug, Notzucht usw., können den Ausgangspunkt der in Rede stehenden Krankheit abgeben. Meist findet man die Initialsklerose im Gesichte und falls die Krankheit nicht rechtzeitig erkannt wird, vergeht dieselbe rasch und geht in das latente Stadium über, um oft erst viel später unter sekundärer oder tertiärer Form in Erscheinung zu treten. Die Prognose ist eine viel bessere als die der hereditären Lues. *E. Toff-Braila.*

157 neuere Fälle von extragenitaler Syphilisinfektion, von Ernst Iványi-Budapest. (*Budapesti Orvosi Ujság*. 1910. Nr. 15.) I. beobachtete 153 Fälle im Szt. István-Spital. Extragenitale Infektion 132, perigenitale 6, Syphilis d'emblée (wo die Invasionsstelle unbekannt, aber erwiesenermaſsen nicht genitalen Ursprungs war) 19. Davon waren 27 Kinder. Der älteste Patient war ein 60jähriger verheirateter Agent mit Sklerose auf dem Bauche. Die jüngste Patientin war ein elf Monate altes Mädchen mit Sklerose auf der Unterlippe, es wurde von der Amme infiziert. Von den Frauen waren 16 verheiratet, 61 ledig und 1 Witwe. Von den Männern waren 9 verheiratet, 69 ledig und 1 Witwer. Was die Lokalisation betrifft, trat die Sklerose auf: auf den Lippen in 62 Fällen (26 Männer, 34 Frauen), und zwar auf der Oberlippe 25, auf der Unterlippe 33, auf beiden Lippen zugleich viermal; auf den Tonsillen in 32 Fällen (19 Männer, 13 Frauen), auf dem Kinn in vier Fällen (1 Mann, 3 Frauen), auf der Zunge in zwei Fällen (beides Männer), auf dem Gesicht siebenmal (3 Männer, 4 Frauen), auf der Stirn bei zwei Männern, auf dem linken Ohre bei einem Manne, auf den Augenlidern in drei Fällen (2 Männer, 1 Frau), auf den Brüsten bei neun Frauen, auf den Fingern achtmal (5 Männer, 3 Frauen), auf dem Anus bei drei Männern. Was die anamnestischen Daten betrifft, war in den meisten Fällen das Küssen, das Beiſsen der vermittelnde Akt. Sexuelle Perversität konnte nur in wenig Fällen festgestellt werden. Von den drei mit Anussklerose Infizierten gestanden zwei passive Päderastie. Von den mit Zungensklerose behafteten Männern gestand einer, ein Cunnilingus zu sein. Von den an den Fingern Infizierten waren zwei Hebammen und eine Wärterin. Die Infektionen an den Brüsten mit Ausnahme von zwei Fällen, die durch Beiſsen erfolgt sind, wurden durch das Säugen kranker Kinder hervorgerufen. Deshalb muſs der Patient unbedingt über sein Leiden pünktlich aufgeklärt werden. Wenn dies der Fall ist, wird er sich gewiſs jeder Handlung enthalten, die die Infektion seiner Mitmenschen zur Folge hat. *Porosz-Budapest.*

Über extragenitale Syphilisinfektion am Mund und im Mund, von Hans Kämpf. (Inaug.-Dissert. Würzburg 1909.) Verfasser hat 169 Fälle zusammengestellt. Man ersieht daraus, daſs der extragenitale Primäraffekt des Mundes am häufigsten an den Lippen und den Tonsillen lokalisiert ist, an ersteren 68 mal, an letzteren 58 mal; dazu kommen noch mehrere Angaben von extragenitaler Infektion an Tonsillen und Lippen ohne genaue Angabe der Zahl. Lokalisation am Zahnfleisch wurde in 11, an der Zunge in 14 Fällen konstatiert, während der Sitz am harten Gaumen 3 mal festgestellt wurde. Des weiteren finden sich Aufzeichnungen, bei denen der Sitz nicht genau bekannt ist, bei denen nur von Lokalisation im Mund und Rachen allgemein die Rede ist. Was die Verteilung auf die Geschlechter anbelangt, so ergibt sich aus der Zusammenstellung des Verfassers, daſs mehr Männer als Frauen befallen waren.

Bei 71 Patienten ist das Geschlecht angegeben, davon sind 41 Männer und 30 Frauen; also entfallen 57 % auf das männliche, 43 % auf das weibliche Geschlecht. Die Mitteilung, daſs es sich um Kinder handelt, findet sich 9 mal. Dieses Resultat überrascht einigermaſsen, da frühere Zusammenstellungen vielfach ergeben haben, daſs die extragenitale Infektion mehr bei dem weiblichen Geschlecht gefunden wird, was insofern begreiflich wäre, als die Frau in mancher Berufsart, welche dem Manne keine Gefahr bringt, der mittelbaren, indirekten Infektion leichter ausgesetzt ist (Ammen, Kinderpflegerinnen, Wirtschafterinnen usw. usw.). Das Ergebnis der hier vorliegenden Statistik zeigt gerade das Gegenteil. Man muſs aber nach der Meinung des Verfassers in Erwägung ziehen, daſs hinsichtlich der männlichen Berufsarten ebensoviele Gefahren, wenn auch anderer Natur, bestehen.

Aus seiner Zusammenstellung hebt Verfasser den Fall hervor, der einen Studenten betrifft, welcher sich im chemischen Laboratorium durch den Gebrauch eines Glasröhrchens infizierte, desgleichen die bedauerliche Tatsache, daſs durch den Zahnarzt bzw. Dentisten fünf Patienten infiziert wurden.

Die meist vorkommende mittelbare, indirekte Infektion ist nach der Statistik des Verfassers die Übertragung durch Eſs- und Trinkgeschirr, die unmittelbare, direkte Ansteckung findet meist durch Kuſs statt, während von Infektion durch Perversitäten in vorliegender Statistik gar nichts genannt ist. Aber es ist fraglich, ob wirklich in den zusammengefaſsten Fällen der perverse Geschlechtsverkehr ganz ausgeschaltet werden kann, da nur bei so wenigen Patienten die Infektionsart bekannt ist.

In der Zusammenstellung finden sich unter den 139 Aufzeichnungen, bei denen darüber Mitteilung gemacht ist, 115, bei welchen der Primäraffekt in der Einzelzahl auftrat, 14, bei denen doppelte Sklerosen, 2, bei denen drei Primäraffekte gleichzeitig vorkamen. Acht Patienten sind angeführt, bei welchen die primäre Lues sowohl im bzw. am Mund und gleichzeitig noch an einer anderen Körperstelle lokalisiert war, nämlich 3 mal an Mamma und Mund, 2 mal an Skrotum und Mund, je 1 mal an Nase, Präputium, Kinn einerseits und Mund andererseits.

Ob Unter- oder Oberlippe, Ober- oder Unterkiefer, rechte oder linke Tonsille häufiger als Eingangspforte des Syphilisgiftes dient, darüber gibt die Tabelle folgenden Aufschluſs: Der Sitz an der Unterlippe kommt ebenso oft vor wie der an der Oberlippe (je 21 mal). Dagegen verhält sich bei allerdings nur wenigen Aufzeichnungen Ober- und Unterkiefer verschieden (wie 3 : 1). Auch bei den Tonsillen war eine gleichmäſsige Verteilung nicht nachweisbar. Bei 10 Angaben war 7 mal die linke und nur 3 mal die rechte Tonsille befallen. In früheren Tabellen, die von Bloch und Kaesbohrer aufgestellt wurden, hat letzterer gefunden, daſs die rechte Tonsille mehr betroffen wird als die linke, und der erstere gelangte zu dem Resultat, daſs die Unterlippe häufiger heimgesucht wird als die Oberlippe.

Anschlieſsend an seine Ausführungen bringt Verfasser die Krankengeschichten von drei Fällen, die ihm von Prof. Seifert überlassen wurden.

Die Frage, ob die extragenitale Lues in ihrem Verlauf günstiger oder ungünstiger sich gestaltet, wie die auf sexuellem Weg erworbene, ist noch nicht einstimmig entschieden. Man gibt aber mehr den Autoren Recht, die einen Unterschied verneinen. Es wird nicht sowohl auf die Art der Infektion als auf die rechtzeitige Behandlung ankommen. Aufklärung des Volkes über diese Dinge und über die groſse Gefahr für die Mitmenschen bei nicht vorschriftsmäſsiger Lebensweise ist dringend notwendig. *Fritz Loeb-München.*

Multiple syphilitische Schanker, von Louis Guenot. (*Gaz. des hôp.* 1910. Nr. 107.) Mitteilung von zwei Krankengeschichten. Ein 21 jähriger Kranker weist acht harte Schanker auf, zwei auf dem Penisschaft, sechs im Sulcus praeputialis, und

ein 20jähriger zeigt deren 26 auf Glans und Praeputium, von denen fünf das typische Aussehen des erosiven Schankers haben, während die 21 anderen höchstens 2—3 mm Durchmesser und als abortierte Schanker anzusehen sind. Wahrscheinlich entsprechen diese verschieden gestalteten Schanker zwei verschiedenen Infektionen, denen sich der Kranke in einigen Tagen Zwischenraum ausgesetzt hatte. Auch waren die 21 Schanker erst mehrere Tage nach den ersten fünf aufgetreten. *Gunsett-Strafsburg.*

Multiple Initialsklerosen. Initialsklerose durch Autoinokulation, von Dujardin. (*Journ. méd. de Bruxelles.* 1910. Nr. 20.) Von einem nach einer Inkubation von 25 Tagen aufgetretenen Schanker wurde durch Autoinokulation auf der gegenüberliegenden Stelle des Glans ein neuer Schanker erzeugt, der 20 Tage zu seiner Inkubation gebrauchte. Mit Auftreten desselben wurde die vorher negative Wassermannsche Reaktion positiv. *Gunsett-Strafsburg.*

Rezidivierende syphilitische Schanker, von Jacquet. (*Bull. méd.* 1910. Nr. 48.) J. beobachtete drei Fälle von Primäraffekten im Gesichte, die öfters wieder indurierten und exulcerierten. Zu gleicher Zeit bestand stets eine gewöhnliche Angina oder eine Tonsillarphlegmone. Verfasser bezieht die Verschlimmerung der Sklerosen auf den durch die Angina gesetzten Reiz. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Spontane und experimentelle Autoinokulationen von syphilitischen Schankern, von Marcel Pinard. (*Presse méd.* 1910. Nr. 21.) Bei einer Kranken trat eine spontane Autoinoculation eines Schankers an der gegenüberliegenden den primären Schanker berührenden Labie 19 Tage nach dem primären auf. Aufserdem wurden experimentell zwei Schanker am Arm der Kranken erzeugt, die 31 Tage nach Beginn des primären erschienen. *Gunsett-Strafsburg.*

Diagnose des syphilitischen Schankers der Tonsille und der schankerähnlichen Angina, von A. le Blay und A. Sézary-Paris. (*La Presse méd.* 1910. Nr. 60.) Es ist oft schwierig auf den ersten Blick und nur mit klinischen Mitteln die Natur einer tonsillaren Ulzeration zu erkennen. Namentlich die Differenzialdiagnose zwischen syphilitischem Schanker und Vincentscher Angina kann oft sehr schwierig sein. In solchen Fällen kann die Natur der Krankheit nur durch die ultramikroskopische Untersuchung festgestellt werden, wobei nicht vergessen werden darf, dafs aufser dem Treponema pallidum noch verschiedene andere Spirillen im Exsudate gefunden werden können. So z. B. die Spirochaeta refringens, Vincentsche Spirillen, Spirochaeta dentium. Es gibt unter denselben solche, die mit den Schaudinnschen Spirillen grofse Ähnlichkeit zeigen, und die Differenzialdiagnose ist nur dadurch möglich, dafs die syphilitischen Spirillen sich schwer mit Methylenblau färben und nach einer Stunde noch ungefärbt bleiben, während die anderen ähnlichen, nicht syphilitischen Gebilde oft schon nach wenigen Minuten den Farbstoff angenommen haben, wie dies namentlich von Bertarelli hervorgehoben worden ist. Die Verfasser führen zwei charakteristische Krankengeschichten an, um die erwähnten diagnostischen Schwierigkeiten zu illustrieren. *E. Toff-Braila.*

Syphilitischer Schanker der Conjunctiva bulbi, von Rouvillois. (*Rev. gén. d'ophtalmol.* 1909. Nr. 7.) Der Artikel enthält nur eine kasuistische Mitteilung. *Gunsett-Strafsburg.*

Ein Fall von extragenitaler Infektion mit Lues, von Kolokin. (*Rufski Wratsch.* 1910. Nr. 32.) In dem beschriebenen Fall safs die Sklerose bei einem Gefreiten am linken Kinnrande und hatte sich aus einer kleinen Rifswunde, entstanden durch Stofs an einem Bett beim Probieren der Kräfte mit einem andern Soldaten, entwickelt. *Arthur Jordan-Moskau.*

Die sexuellen Infektionen, mit besonderer Berücksichtigung der spezifischen Erkennung und Behandlung der Syphilis, von E. Lesser-Berlin (*Zeitschr. f.*

ärztl. Fortbildung. 1910. Nr. 4.) Aus dem im Rahmen eines Fortbildungsvortrages gehaltenen Aufsatz sei hervorgehoben die Bedeutung, welche LESSER der Serumreaktion bei der Abortivbehandlung der Syphilis durch Exzision des Primäraffektes zuerkennt.
Arthur Schucht-Danzig.

Ist die Exzision des Primäraffekts eine unlogische oder unnütze Methode? Von DUHOT-Brüssel. (*Ann. de la Policlin. centr. de Bruxelles.* 1910. Nr. 4.) Nach der Ansicht des Verfassers ist allerdings die alleinige Exzision des Schankers ohne intensive Lokalbehandlung eine Methode von nur relativer Wirksamkeit; es wird eben dann nur ein Spirochätenherd entfernt. Hingegen in Verbindung mit einer intensiven Lokalbehandlung hat die Exzision eine sichere Einwirkung auf das Auftreten der Roseola. Von fünf Kranken, die weniger als zwölf Tage nach Auftreten des Schankers auf diese Weise behandelt und vier bis fünf Monate beobachtet wurden, bekam nur einer eine leichte Roseola am Rücken. Die Allgemeinbehandlung wurde in allen diesen Fällen erst im fünften Monat begonnen, ohne daſs bisher ein syphilitisches Symptom auftrat. Die Methode des Verfassers besteht darin, daſs nach Exzision des Schankers die Wundfläche tief mit dem Thermokauter verschorft wird. Die Wunde bleibt offen, wird täglich mit Jodtinktur betupft und mit Quecksilbersalbe verbunden.
Gunsett-Straſsburg.

Die intensive mediko-chirurgische Behandlung des harten Schankers und der Zone der ersten Infektion. Ihr Einfluſs auf die Allgemeininfektion, von ROB. DUHOT. (*Ann. de la Policlin. centr. de Bruxelles.* 1910.) Diese Behandlung besteht zu allererst in der Exzision des Schankers, wo dies die lokalen Verhältnisse gestatten. Daran wird die Sterilisation der Inguinalgegend angeschlossen. Diese sucht D. dadurch zu erreichen, daſs er beiderseits eine Inzision von 2—3 cm Länge und 1 cm Tiefe direkt über den Drüsen vornimmt. In der Umgegend des Schnittes wird die Haut unterminiert. Die hierdurch gebildete Tasche wird täglich mit Quecksilbersalbe gefüllt, nachdem ihre Wände jedesmal vorher mit Sublimat abgewaschen und mit Jodtinktur eingepinselt sind. Diese Behandlung wurde bei fünf Patienten, deren Sklerose noch keine zwölf Tage bestanden hatte, vorgenommen. Bei allen war die Roseola drei bis fünf Monate nach Beginn der Erkrankung noch nicht aufgetreten. Nur bei einem einzigen erschien im fünften Monat auf dem Rücken ein leichtes Erythem. Die Kur dauert zwei Monate und wird immer ambulatorisch ohne Unterbrechung der Berufstätigkeit des Patienten vorgenommen. *Gunsett-Straſsburg.*

Über die Verbreitung der Syphilis in den Schwachsinnigenanstalten Württembergs auf Grund von Blutuntersuchungen mittels WASSERMANNscher Methode, von RICHARD KÜRNER-Tübingen. (*Med. Klinik.* 1910. Nr. 37.) Bei 15% der Idioten und bei 5—6% der Epileptiker bestand positive WASSERMANNsche Reaktion. Der Prozentsatz der Luetiker unter den Schwachsinnigen und Epileptikern ist danach ein ähnlicher wie in anderen Anstalten Deutschlands trotz des hier sich aus ländlicher Bevölkerung rekrutierenden Materials. *Arthur Schucht-Danzig.*

Idiotismus und Syphilis hereditaria, von CHARLES E. ATWOOD-New York. (*Journ. americ. medic. assoc.* Bd. 55. Nr. 6.) Zur Untersuchung kamen 204 Idioten; davon ergaben 30 eine positive WASSERMANN-NOGUCHI-Serumreaktion. 140 von den untersuchten Fällen waren unter 20 Jahre alt. *Schourp-Danzig.*

Über die ursächlichen Beziehungen der Syphilis zur Idiotie, von E. L. BRÜCKNER-Hamburg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 37.) Die ätiologische Bedeutung der Syphilis bei der Entstehung der Idiotie ist nach Bs. Meinung von manchen Autoren (LIPPMANN u. a.) doch wohl überschätzt worden. Immerhin ergab die serologische Untersuchung von 216 Idioten 16mal, also bei 7,4% ein positives Resultat.

Verfasser fordert die in der allgemeinen Praxis tätigen Ärzte auf, Material zur Klärung der Frage zu liefern, da in den Anstalten die Gelegenheit hierzu weniger günstig ist.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Studium einer Familie von Heredoluetischen, von A. Barré und P. Gastinal. (*Presse méd.* 1910. Nr. 65.) Folgende Tafel gibt einen Überblick über die Verhältnisse der Familie:

	Cerebrospinalflüssigkeit		Serum
	Lymphocytose	Wasserm.	Wasserm.
Mutter 44 Jahre (mit progressiver Paralyse)........	+	−	+
Sohn 23 Jahre (leichte Pupillendifferenz, leicht veränderte Schneidezähne)...........	0	+	+
Sohn 19 Jahre Hirn- und Meningeallues	+	+	+
Sohn 16 Jahre Synechien der Iris und Veränderung der Schneidezähne	0	+	+
Tochter 4½ Jahre chronische Rhinitis, Keratitis interstitialis. Pupillendifferenz	schwach	+	+

Die beiden ältesten Söhne leiden außerdem an Lungentuberkulose, an der bereits der Vater gestorben war. Merkwürdig ist das späte Auftreten schwerer Symptome beim zweiten Sohn, bei dem die Heredolues vorher ganz latent gewesen war. Beim ältesten Sohne hat überhaupt erst der positive Ausfall der Wassermannschen Reaktion die Stellung der Diagnose Heredosyphilis erlaubt. Zu erwähnen wäre noch, daß der Eiweißgehalt der Cerebrospinalflüssigkeit bei den beiden ältesten Söhnen und der Tochter vermehrt war.

Gunsett-Straßburg.

Unsere Verantwortlichkeit bei der Verhütung ererbter Syphilis, von Spencer Sheill. (*Dublin Journ. of Med. Science.* Bd. III. Nr. 463.) Sh. erinnert daran, daß man in jedem Fall eines nicht anders anamnestisch erklärten Abortus an Lues denken muß und antisyphilitische Behandlung vornehmen soll. Die Zeit nach der Luesinfektion bis zur Heirat ist allgemein zu kurz; sie sollte verdoppelt werden.

Schourp-Danzig.

Beeinflussung der Symptome eines hereditärsyphilitischen Säuglings durch das Serum von Patienten, die mit Ehrlichs Arsenobenzol vorbehandelt waren, von Meirowsky und Hartmann-Köln. (*Med. Klinik.* 1910. Nr. 40.) Die Verfasser sahen bei einem hereditärsyphilitischen Säugling Rückgang der Erscheinungen nach Injektion von Serum mit Ehrlich 606 vorbehandelter Patienten und halten es für möglich, daß im Blutserum kreisende Antitoxine eine heilende Wirkung ausüben. Es wurden allerdings auch Spuren von Arsenik, wenn auch sehr geringe, in dem Serum nachgewiesen, auf die der Erfolg ebensogut bezogen werden kann. Wenige Tage später kamen außerdem Ozaena und Periostitis zum Ausbruch.

Arthur Schucht-Danzig.

Das Schreien bei hereditärsyphilitischen Säuglingen, von Genaro Sisto-Buenos Aires. (*Arch. de méd. des enfants.* 1910. Nr. 8.) Es ist Tatsache, daß Säuglinge nicht ohne Grund schreien, namentlich nicht längere Zeit hindurch, sondern nur

aus Hunger, oder weil sie Schmerz verspüren, oder sonst sich unbehaglich fühlen. Hereditärsyphilitische Kinder schreien aufserordentlich viel und anhaltend und ist der Verfasser der Ansicht, dafs dies auf Schmerzen in der Epiphysengegend der grofsen Knochen zurückzuführen ist. Man kann sogar umgekehrt von vielem und anhaltendem Schreien bei Säuglingen, wofür kein Grund auffindbar ist, auf hereditäre Lues schliefsen und durch eine entsprechende antisyphilitische Behandlung dasselbe zum Stillstand bringen.

Der Verfasser bringt zahlreiche Beispiele, um seine Meinung zu stützen, und zeigt auch durch entsprechende Röntgenbilder, dafs bei den betreffenden Kindern Veränderungen in den Epiphysen bestanden haben, auf welche wahrscheinlich die persistierenden, oft nokturnen Schmerzen und das unaufhörliche Schreien zurückzuführen sind. *E. Toff-Braila.*

Das Schreien der Säuglinge und hereditäre Syphilis, von Dolléris. (*Bull. méd.* 1910. Nr. 30.) Nach Prof. Sisto ist ein gewisses, unabhängiges, bei Bewegungen sich verstärkendes Schreien der Säuglinge charakteristisch für Erbsyphilis und kann bei Mangel anderer Erscheinungen grofsen diagnostischen Wert haben. Die Ursache liegt in einer spezifischen Ostitis der langen Knochen. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Ein Fall von Heredosyphilis, von Mast-Antwerpen. (*Journ. méd. de Bruxelles.* 1910. Nr. 23.) Ein Fall von Übertragung der Heredosyphilis über mehrere Generationen hin. Ein 16¹/₂jähriger Heredoluetischer mit Taubheit, fast totaler Blindheit, Infantilismus, Makroglossie und Nystagmus wies folgende Familiengeschichte auf: Die Mutter des Patienten ist 56 Jahre alt, beinahe blind und vollständig taub seit ihrer Geburt. Ferner hat sie Nystagmus. Sie hatte 10 Kinder: 1—5 waren vorzeitig totgeboren, 6 im Kindesalter gestorben, 7 ebenso, 8 ist eine jetzt 27jährige Tochter mit Keratitis und Nystagmus, 9 eine 22jährige Tochter mit Nystagmus, 10 der obenbeschriebene Junge. Nr. 8 hat acht Geburten durchgemacht: 1. eine Fehlgeburt, das zweite Kind starb 17 Tage alt an Krämpfen, das dritte und vierte waren blind geboren und starben im fünften und siebenten Monat. Das fünfte starb 16 Monate alt (Athrepsie). Das sechste, ein Mädchen von acht Jahren, hat Nystagmus, starke Taubheit und ausgesägte Zahnkronen, das siebente ist vier Jahre alt und gesund, das achte hat eine Augenerkrankung mit Nystagmus. Nr. 9 bekam ein Kind, das drei Tage alt an Krämpfen starb.

Wahrscheinlich hatte eins der Grofseltern mütterlicherseits Lues akquiriert, die sich dann über drei Generationen mit beinahe gleichen Symptomen forterbte.

Gunsett-Strafsburg.

Ein Fall von erworbener Syphilis bei einem Hereditärluetischen, von O. L. Suggett - St. Louis. (*New York med. Journ.* 16. April 1910.) Der Fall betraf einen 20jährigen Mann, bei dem die erworbene Syphilis (phagedänischer Schanker, einseitiger Bubo, der inzidiert werden mufste, ausgedehnte papulös-makulöse Eruption) im Gegensatz zu der allgemein herrschenden Ansicht aufserordentlich schwerer Natur war. Die angeborene Syphilis hatte sich nicht nur durch verschiedene äufsere Merkmale (besonders an den Knochen) bekundet, sondern war auch der Familiengeschichte nach eine offenkundige. Mit drei Abbildungen. *Stern-München.*

Pleuraergüsse bei tertiärer Syphilis, von Emile Sergent. (*Bull. méd.* 1910. Heft 15.) Die Syphilis begünstigt das Auftreten tuberkulöser Erscheinungen; diese werden daher durch eine spezifische Kur günstig beeinflufst. Deshalb könnte ein Pleuraexsudat nur durch den Nachweis der Spirochaeta pallida als sicher syphilitisch bezeichnet werden. Fehlen des Tuberkelbacillus, positiver Wassermann und Erfolg der antiluetischen Behandlung beweisen nicht absolut die spezifische Natur des Exsudates. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Eine seltene Form von Leberaffektion bei hereditärer Syphilis, von SCHOV. (*Wratschebnaja Gaseta.* 1910. Nr. 50.) Verfasser hatte Gelegenheit, bei einem sechsmonatlichen, an Cirrhosis hepatis und Coryza luetica verschiedenen Kinde die Autopsie vorzunehmen. Es zeigte sich, dafs es sich in der Leber um eine hereditäre, interstitielle, längs den intralobulären Kapillargefäfsen verlaufende und durch reichliches Vorhandensein von Spirochaetae pallidae gekennzeichnete Hepatitis handelte. Verfasser ist mit CHOLOSTOW der Ansicht, dafs als nächste Todesursache bei hereditärsyphilitischen Kindern in den ersten Wochen und Monaten ihres Lebens irgendeine Infektion, meist eitererregender Art, anzusehen ist. Der Syphilis dagegen kommt nur die Rolle eines die Lebensfähigkeit der Organe schwächenden Agens zu. In Hinsicht der sog. miliaren Gummen der Leber stimmt Verfasser HECKER und ERDMANN bei, dafs es nicht eigentliche Gummata sind, sondern herdweise Anhäufungen von Blutelementen. Die vom Verfasser in seinem Fall gefundenen Riesenzellen in der Leber sind als Ausdruck der Regeneration oder Irritation der Leberzellen anzusprechen. In dem näher beschriebenen Fall war vorzugsweise die Leber betroffen, wobei sich aber in derselben auch gesunde Partien fanden. *Arthur Jordan-Moskau.*

Wirkung der verschiedenen Kaustika auf syphilitische Schleimhautpapeln, von JEANSELME und TOURAINE. (*Bull. med.* 1910. Nr. 62.) J. und T. haben syphilitische Schleimhautpapeln mit den verschiedenen gebräuchlichen Ätzmitteln behandelt und dann im Dunkelfelde nach Spirochäten gesucht. Sie fanden die besten Resultate mit dem Lapisstift und der Jodtinktur. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Adenoide Vegetationen und Syphilis, von ABRAUD. (*Bull. méd.* 1911. S. 1090.) A. schliefst aus dem Umstande, dafs hereditäre Syphilis häufig bei Kindern mit adenoiden Vegetationen gefunden wird und dafs diese in 17 Fällen auf Quecksilber zurückgingen, dafs sie oft syphilitischer Natur seien. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Atrophische Rhinitis als Vorläufer eines Gumma am Nasenrücken, von A. BRONNER-Bradford. (*Brit. med. Journ.* 17. Sept. 1910.) Ein zwölfjähriger Knabe mit Zeichen von kongenitaler Syphilis und einer seit etwa fünf Jahren bestehenden atrophierenden Rhinitis entwickelte ein gummöses Geschwür am Nasenrücken, das trotz Inunktionen und innerlicher Verabreichung von Quecksilber stetig bis zu Markstückgröfse weiterwuchs. Auf Darreichung von Decoctum sarsae composit. erfolgte schliefslich Heilung. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Leukoplakia oris hypertrophica und eine neue Methode ihrer Behandlung, von GERSCHUN. (*Med. Obosrenje.* 1910. Nr. 14.) GERSCHUN beobachtete einen Mann mit hartnäckiger Leukoplakia hypertrophica oris, welche die ganze Unterlippe einnahm und aus drei Geschwülsten mit Furchen dazwischen bestand. Mikroskopisch fehlten alle Zeichen einer Neubildung. Obgleich der Kranke nichts von Syphilis wufste, fiel die WASSERMANNsche Reaktion positiv aus. Da der Kranke aber schon von anderer Seite mit den verschiedensten Mitteln vergeblich behandelt worden war, versuchte G. das Radium, welches nach zweijähriger Anwendung eine sichtbare Besserung hervorrief. *Arthur Jordan-Moskau.*

Ein Fall von Kehlkopfsyphilis, von HARMON SMITH-New York. (*New York med. Journ.* 6. Aug. 1910.) Der Fall betraf einen 25jährigen jungen Mann, der im Jahre 1901 an einem spezifischen Initialaffekt behandelt worden ist, im Jahre 1908 an Laryngitis erkrankte, die aber trotz nahezu ein Jahr lang fortgesetzter antisyphilitischer Kur nicht zur Heilung kam. Ausgesprochene Abmagerung, Morgen- und Abendhusten, abendliche Temperaturerhöhung, Nachtschweifse, leichte Hämoptyse liefsen Tuberkulose annehmen, welche sich aber durch stets negativen Befund an Tuberkelbazillen und der Brustorgane ausschliefsen liefs. Das kontinuierliche Wachstum der Geschwulst (unterhalb des linken Stimmbandes), leichte Stimmbandlähmung,

Schmerzen beim Schlucken, geringe Drüsenschwellung usw. konnten eine maligne Geschwulst annehmen lassen, aber dagegen sprachen wieder das langsame Wachstum und das Alter des Patienten. Eine Ulceration war nicht vorhanden und trotzdem fand einmal eine stärkere Blutung statt, mit der wahrscheinlich ein Stück Knorpel ausgehustet wurde und nach welcher bedeutende Besserung (deutliche Retraktion des Ventrikels, fibröse, auf die Gewebszerstörung folgende Kontraktion) eintrat. Bei der zuletzt mit dem Spiegel vorgenommenen Untersuchung hatte das wahre Stimmband (früher hochgradig entzündet und geschwollen) nahezu normales Aussehen, bei der Phonation wurde es aber verdickt, weifslich und offenbar des Schleimbelages beraubt, ein Zustand, welchen der Untersucher auf eine wahrscheinlich zurückgebliebene Störung in der Gefäfs- und Lymphversorgung der Stimmbänder zurückführt.

Stern-München.

Luetische laryngo-tracheale Stenose. Heilung durch progressive Dilatation. Fernresultat, von M. Collet. (*Lyon méd.* 1910. Nr. 22.) Es handelte sich um eine Kranke mit einer Stenose im Larynx und einer zweiten in der unteren Partie der Trachea nahe der Teilung derselben. Die Kranke wurde ohne Operation, nur durch progressive Dehnung geheilt, eine Heilung, die bereits zwei Jahre andauert.

Gunsett-Strafsburg.

Die syphilitische Pleuritis, von H. Roger. (*Presse méd.* 1910. Nr. 56.) Mitteilung zweier Fälle von primärer syphilitischer Pleuritis ohne oder mit unbedeutenden Lungenläsionen. Ein 32jähriger Mann, der sich im 15. Lebensjahre mit Lues infiziert hatte, bekommt eine typische Pleuritis mit Exsudat. Die Wassermannsche Reaktion sowohl des Blutes als des Exsudats ist positiv. Nach 22 Tagen merkurieller Behandlung ist das Exsudat vollkommen verschwunden. Fall einer 38jährigen Frau (s. das folgende Referat). Aus den Krankengeschichten, denen der Verfasser noch zwei aus der Literatur anschliefst, geht hervor, dafs es eine tertiäre Pleuritis nicht-tuberkulöser Natur gibt. *Gunsett-Strafsburg.*

Pleuritis syphilitica, von Roger und Sabaréanu. (*Bull. med.* 1910. Nr. 8.) Bei einer 38jährigen Frau, die vor 16 Jahren Lues akquiriert hatte und jetzt eine seröse Pleuritis darbot, wurde zuerst die Diagnose Pleuritis tuberculosa gestellt. Da aber die Impfung auf Kaninchen negativ war und die Frau seit zwei Jahren öfters tertiäre Erscheinungen gehabt hatte, wurde ein luetischer Ursprung vermutet. Das Exsudat war nach Wassermann positiv. Auf Quecksilberinjektionen heilte die Pleuritis rasch ab. Die Verfasser halten die Pleuritis syphilitica für viel häufiger, als man gewöhnlich annimmt. Da seröse Exsudate bei sicher Luetischen stets positiven Wassermann zeigen, halten sie diese Reaktion nicht für ausschlaggebend für die Diagnose Pleuritis syphilitica. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Lungensyphilis beim Erwachsenen, von H. H. Pelton-New York. (*Med. Record.* 1910. Nr 4.) 46jähriger Koch mit negativer syphilitischer Anamnese erkrankt unter den Erscheinungen einer Phthise und wird trotz negativer Tuberkulinreaktion längere Zeit in einem Lungensanatorium behandelt. Eine Augenhintergrunduntersuchung ergibt eine disseminierte Choroiditis und Retinitis, offenbar syphilitischen Ursprungs. Starkes Hervortreten und Schlängelung der oberflächlichen Venen des Thorax und Abdomens; eine Röntgenuntersuchung ergibt einen gleichmäfsig dichten Schatten über der ganzen linken Seite (sehr schlechte Reproduktionen). Unter kombinierter Behandlung (grofse Dosen JK und kleine Dosen Hg) trat sehr bald prompte Besserung, Zunahme der Kräfte und des Körpergewichts ein, doch gab Patient vor Ablauf von vier Wochen die Behandlung wieder auf. *W. Lehmann-Stettin.*

Lungensyphilis, von Urrutia-San Sebastian. (*Revista clin. de Madrid.* 1910, Nr. 10.) Die Erkrankung begann bei dem 26jährigen Patienten zwei Jahre nach dem

Auftreten der Lues mit starkem Husten, reichlichem Sputum und öfteren kleineren Hämoptoen. Ebenso stellten sich Nachtschweifs und abendliches Fieber ein. Es fand sich eine Infiltration der rechten Lungenspitze. Im stark purulenten reichlichen Sputum konnten keine Tuberkelbazillen nachgewiesen werden, ebenso wurde bei der Tierimpfung keine Tuberkulose nachgewiesen. Die Cutireaktion war vollständig negativ, während die Ophthalmoreaktion schwach positiv war. Auf dem rechten Stimmband wurde ein Gumma konstatiert. Mit Quecksilber (zuletzt acht Injektionen von 0,05 Kalomel) wurde keine Besserung erzielt. Hingegen heilte die Erkrankung auf Jodkalium (3—4 g pro die) vollständig aus und blieb auch 1½ Jahr später noch geheilt.

Gunsett-Strafsburg.

Zur pathologischen Anatomie multipler Lungengummen, von Suzuo Shingu - Kioto (Japan). (*Wien. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 26.) Genauer Obduktionsbefund und histologische Untersuchungen bei einem 41jährigen Manne. In der Lunge fanden sich zahlreiche käsige Knoten, die alle makroskopischen Charakteristica von Gummata trugen; auch mikroskopisch waren besonders die schweren Veränderungen an den Arterien sowie das an geschichteten Spindelzellen reiche Granulationsgewebe typisch zu nennen. Die Untersuchung auf Tuberkelbazillen war überall negativ, sowohl im Strichpräparat auch im Schnitte. Ebensowenig aber konnte die Spirochaeta pallida gefunden werden, während die Wassermannsche Reaktion komplett positiv ausfiel.

W. Lehmann-Stettin.

Über einen Fall von Geroderma genito-dystrophicum mit hepato-pulmonaler Syphilis, von De Renzi-Neapel. (*Riforma med.* 1910. Nr. 28 und *Acc. med.-chir. di Napoli.* 24. April 1910.) Der 30jährige Patient zeigte das typische Bild des Geroderma: aufser der pergamentartigen Hautbeschaffenheit ein vollständiges Fehlen der Körperhaare, eine dünne Stimme, eine Dystrophie der Genitalien und ein vollständiges Fehlen des Sexualempfindens. Hinzu kamen noch einige Symptome, die sich mehr beim Feminismus finden, nämlich die Rundung der Glutäalgegend und die ausgesprochen weiblich zarte Hand. Aufserdem war bei dem Kranken eine bretthart, höckerige Leberschwellung und eine Infiltration der linken Lungenspitze vorhanden. Der positive Ausfall der Wassermannschen Reaktion und die Wirksamkeit der antiluetischen Therapie bestätigten die syphilitische Natur der Erkrankung. Wahrscheinlich war der Kranke zu Beginn seines extra-uterinen Lebens luetisch infizirt worden. Es mufs dann eine Läsion der Albuginea eingetreten sein, welche die Entwicklung der Testikel verhinderte und dieselben Erscheinungen wie bei der Kastration hervorrief.

Gunsett-Strafsburg.

Ikterus gravis mit Ausgang in akute gelbe Leberatrophie bei sekundärer Syphilis, von Giovanni Antonelli-Rom. (*La riforma med.* 1910. Nr. 35.) September 1909 bekam die 24jährige Patientin einen Schanker an der rechten grofsen Labie. Einen Monat später trat ein maculo-papulöses Exanthem auf. Die Wassermannsche Reaktion war positiv. Auf drei Kalomelinjektionen verschwanden die Erscheinungen zum grofsen Teil. Im Januar 1910 trat nach längeren prodromalen Schwächezuständen Ikterus mit häufigem Erbrechen, aber ohne Koliken, auf. Zu gleicher Zeit bestanden damals breite Kondylome. Der Leberrand konnte deutlich palpiert werden und überragte den Rippensaum etwas. In den nächsten Tagen wurde das Allgemeinbefinden immer schlechter und die Patientin starb kaum 14 Tage nach dem Auftreten der Erscheinungen. Bei der Sektion fand sich eine akute gelbe Leberatrophie. Als Therapie hatte die Patientin tägliche Injektionen von 2 cg Hydrarg. bijodat. erhalten. Der Verfasser glaubt nicht, dafs die Ursache dieser Erkrankung im Eindringen von Spirochäten in die Leber zu suchen ist (der Befund war negativ), sondern eher in der syphilitischen Intoxikation durch spezifische Toxine. Der Fall ist besonders wichtig,

weil zur Zeit des Auftretens der Lebererkrankung noch manifeste luetische Hauterscheinungen mit positiver WASSERMANNscher Reaktion bestanden.

Gunsett-Strafsburg.

Bemerkung über die Histogenese der Lebergummata, von L. BÉRIEL und CH. LAURENT. (*Lyon méd.* 1910. Nr. 26.) Ein 41jähriger Mann, der im 20. Jahre Syphilis akquiriert hatte, erkrankt an Nephritis chronica, Herzhypertrophie und anämischer Dyspnoe und stirbt an einer spontanen internen Blutung (Platzen eines Leberhämatoms). Die histologische Untersuchung ergab in der gummösen Leber eine ganz spezielle Läsion, welche mit dem Niereninfarkt verglichen werden kann, deren infiltrierter Rand eine richtige Hämorrhagie mit Ruptur des Lebergewebes erzeugt hatte. Die Verfasser fassen diese Läsion als erstes Stadium der gummösen Bildung auf. Das Gumma entsteht also durch Endarteriitis mit Obliteration und Nekrosenbildung. Die hämorrhagische Leberruptur wird durch den erhöhten arteriellen Druck erklärt, der bei dem Kranken infolge seiner renalen Arteriosklerose und seiner Herzhypertrophie bestand. *Gunsett-Strafsburg.*

Fieberhafte syphilitische Pylephlebitis nebst Bemerkungen über syphilitisches Fieber und erratische Formen von Lebersyphilis, von A. R. EDWARDS-Chicago. (*Amer. Journ. med. science.* Oktober 1910.) Ein 25jähriger lediger Fruchthändler wurde mit unregelmäfsigem Fieber, Schüttelfrösten, Erbrechen, geringer Milzschwellung, Leberschmerz ohne nachweisbare Vergröfserung des Organs und späterhin einem akut entstandenen Ascites und auch Nephritis im Krankenhaus längere Zeit hindurch beobachtet. Anhaltspunkte für eine syphilitische Infektion wurden weder anamnestisch noch durch die objektive Untersuchung gewonnen. Trotzdem wurde, da die sonstige eingehende Prüfung keine andere Diagnose begründet erscheinen liefs, am Ende des zweiten Monats der Krankheit dem Patienten täglich eine Einreibung mit grauer Salbe und dreimal täglich Jodkalium (1,8) verordnet. Nach drei Tagen war eine erhebliche Besserung eingetreten, und es erfolgte schliefslich definitive Heilung. Verfasser hält die obige Diagnose für begründet, wenn auch die Beweismittel unzulänglich sind. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Klinisch-anatomischer Beitrag zur Pathogenese des visceralen Luesfiebers, von HERMANN-Merzig. (*Med. Klinik.* 1910. Nr. 26.) Der Fall eines an visceraler Lues zugrunde gegangenen Kranken wird ausführlich mitgeteilt. Klinisch standen psychische Störungen im Vordergrunde, welche als hysterische Seelenstörung angesprochen wurden. Hauterscheinungen, spindelförmige Auftreibung der Gelenkenden eines Mittelfingers, Vergröfserung der Leber waren zu konstatieren. Aufserdem bestand wechselvolles Fieber. Nach profusen blutigen Stühlen erfolgte Exitus.

Anatomisch fand sich eine luetische hypertrophische Splenitis mit miliaren Gummen, diffuse gummöse Infiltration der Leber mit parenchymatöser Degeneration des Organs, spärliche Gummen in Mesenterialdrüsen, Lungen, Darmsubmukosa.

Im Vordergrunde stand die schwere Veränderung der Milz und der Mesenterialdrüsen. Der Befund bestätigt die Annahme KLEMPERERS, dafs es vorwiegend diffuse gummöse Infiltrationen der Eingeweide sind, die den fieberhaften Luesfällen zugrunde liegen. *Arthur Schucht-Danzig.*

Schwere Magensyphilis, von LEVEN und BARRET. (*Bull. méd.* 1910. Nr. 18.) Eine herabgekommene Frau mit heftigen Magenschmerzen und Erbrechen, bei der die Durchbeleuchtung eine Stenose in der Nähe der Cardia ergab. Da das übliche Magenregime keine Besserung brachte, wurde kombiniert Jod und Quecksilber gegeben. In wenigen Tagen waren die Erscheinungen geschwunden.

BENSANDE berichtet über einen ähnlichen Fall, der bereits zur Operation bestimmt war. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Nephritis syphilitica und Nephritis bei Syphilitischen, von J. Nonell und J. S. Covisa. (*Revista clin. de Madrid.* 1910. Nr. 7.) Der Artikel wurde bereits in *diesen Monatsheften* referiert. (Bd. 51. S. 474.). *Gunsett-Strafsburg.*

Syphilis vertebralis (Morbus Pottii syphiliticus) und spätes Auftreten von Schleimhautpapeln im Munde, von Carlo Vignolo-Lutati-Turin. (*Gaz. med. ital.* 1910. Nr. 22.) Der Verfasser teilt die Krankengeschichte eines Patienten mit, der mit 21 Jahren Syphilis akquirierte und eine zweijährige Behandlung durchmachte. Mit 27 Jahren heiratete er. Seine Frau abortierte vier Monate später. Darauf wurde bei beiden Ehegatten eine Serie von 30 Sublimatinjektionen vorgenommen. Nach 1½ Jahr kamen dann sukzessive zwei gesunde Kinder zur Welt. Drei Jahre später entwickelten sich bei dem Kranken Gummen der Sternalgegend, die auf fünf Kalomelinjektionen heilten. Im 35. Jahre trat eine Erkrankung des siebenten Dorsalwirbels auf, mit geringer Gibbosität, starker spontaner Schmerzhaftigkeit dieses Wirbels und leichten Erscheinungen von Paraparesen und Paraesthesien in den unteren Extremitäten. Zugleich zeigten sich an mehreren Stellen des Mundes erosive Schleimhautpapeln. Wassermann war positiv. Für Tuberkulose sprach nichts. Auch waren Ophthalmo-, Cuti- und Dermoreaktion negativ. Ebenso die Interdermoreaktion nach Mantoux. Der Erfolg der kombinierten Jod- und Quecksilbertherapie bestätigte übrigens die Diagnose vollauf. *Gunsett-Strafsburg.*

Ostitis deformans (Paget) ohne Zeichen einer hereditären oder akquirierten Lues, von Thibierge. (*Bull. méd.* 1910. Nr. 30.) Bei einem 49jährigen Manne, der die typischen Erscheinungen dieser Krankheit hatte, konnte kein Zeichen, welches für ererbte oder erworbene Syphilis sprach, gefunden werden. Wassermann war negativ. Verfasser meint, dafs zwischen Lues und Ostitis deformans kein Zusammenhang bestehe. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Multiple, fieberhafte, luetische Gelenkschwellungen, von Hermann Schlesinger-Wien. (*Wien. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 4.) Eine 38jährige Frau erkrankte mit multiplen, fieberhaften, akuten Gelenkschwellungen. Antirheumatische Behandlung war erfolglos. Die Wassermannsche Serumreaktion fiel positiv aus. Die Röntgenuntersuchung ergab alle Charaktere luetischer Knochenprozesse. *Schourp-Danzig.*

Zur Kenntnis der Arthritis luetica simplex, von Oskar Scheuer. (*Wien. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 41.) Bericht von vier Fällen; in zweien war das Schultergelenk, einmal das Schulter- und Kniegelenk, einmal die Fingergelenke und einmal das Kiefergelenk ergriffen. Die Affektion verlief unter dem Bilde einer funktionellen Störung. Beachtenswert ist, dafs auf Darreichung von Salicylpräparaten keine Besserung, eher Verschlimmerung auftritt. *Schourp-Danzig.*

Syphilis des Ohres, von G. Berrnyer. (*Bull. méd.* 1910. Nr. 8.) An der Ohrmuschel kommt primäre Syphilis selten vor. Häufiger sind dagegen papulöse und ulceröse Syphilide gleichzeitig mit Erscheinungen am Körper. Gummen sind selten. Im Gehörgange sind sekundäre Erscheinungen nässender Papeln und tertiäre in Form von Exostosen nicht häufig. Die ererbte Syphilis spielt bei den Mifsbildungen der Ohrmuschel keine allzu grofse Rolle. Mittelohreiterungen kommen bei Erbsyphilis als Sekundärinfektion von den Nasen- und Rachenerscheinungen vor. Sie treten im ersten Lebensjahre auf und sind durch ihr schmerzloses, heimliches Auftreten charakterisiert, weswegen sie leicht übersehen werden. Bei akquirierter Syphilis lokalisieren sich die Erscheinungen hauptsächlich in der Tube. Durch die Entzündung kommt es zu Einziehung des Trommelfells und zu Schwerhörigkeit. Sekundär kann auch eine Eiterung entstehen. Tertiäre Erscheinungen kommen als Gummen, Periostitiden usw. vor. Sie sind die Ursache heftiger nächtlicher Schmerzen. Häufiger sind Folgeerscheinungen durch tertiäre Syphilis des Rachens. Im inneren Ohre

befällt die hereditäre Syphilis den Nervenapparat. Es tritt gewöhnlich in der Pubertät Schwerhörigkeit auf, die sich rasch zu völliger Taubheit steigert. Bei erworbener Syphilis treten die Erscheinungen gewöhnlich ein oder zwei Jahre nach der Infektion auf und sind meistens die Folge einer Arteriitis obliterans der Labyrinthgefäfse. Die Taubheit kann schleichend und apoplektiform auftreten. Gewöhnlich beginnt sie mit Ohrensausen, dann kommt Schwindel hinzu; diese Erscheinungen vergehen und rasch entwickelt sich der Verlust des Gehörs. Die Diagnose der Ohrsyphilis ist bei Berücksichtigung anderer Zeichen ererbter oder erworbener Syphilis, ferner des schmerz- und fieberlosen, rapiden Auftretens der Erscheinungen nicht schwer. Die Prognose ist bei Affektion des äufseren und mittleren Ohres günstig. Sehr ungünstig dagegen bei Beteiligung des inneren Ohres, da die cerebralen Läsionen der spezifischen Therapie widerstehen. Die Therapie besteht in Jod und Quecksilber in den verschiedenen Formen. Bei Heredo-Syphilis mufs sie präventiv sein.

Richard Frühwald-Leipzig.

Labyrintitis specifica, von Morales Lahoz-Madrid. (*Revista ibero-americana de ciencias med.* 1910. Nr. 70.) Ein Fall von rechtsseitiger Labyrintitis mit Taubhaut, Ohrensausen, Schwindel und schweren Gleichgewichtsstörungen, aufgetreten ein Jahr nach einer pharyngobuccalen Lues. Der Patient heilte vollkommen nach Injektionen von grauem Öl. *Gunsett-Strafsburg.*

Syphilis der Arterien des Zentralnervensystems, von E. M. Hummel-New Orleans. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 55. Nr. 12.) Mitteilung eines Falles.

Schourp-Danzig.

Histomikrobiologie der syphilitischen Arteriitis, von Albert Sézary-Paris. (*La Presse méd.* 1910. Nr. 99. S. 929.) Auf Grund seiner eigenen und der in der Literatur veröffentlichten Untersuchungen gelangt der Verfasser zu folgenden Schlüssen:

1. Die syphilitische Aortitis und Arteriitis werden durch die Lokalisation der Treponemen in den arteriellen Wänden hervorgerufen.

2. Bis nun sind die Lokalisationen des Treponema: bei Aortitis die Endarterie und die Media; bei der zerebralen Arteriitis die tiefen Teile der Adventitia und die Media.

3. Die Spirochäten können aber ohne Unterschied jedwede arterielle Wandschichte befallen, und zwar isoliert oder in Gruppen.

4. Es ist wahrscheinlich, dafs die Treponemen von innen nach aufsen in die befallenen Teile gelangen, und man findet dieselben in der Nachbarschaft oder in der Substanz der gummösen Knoten, welche sich in den Arterienwänden entwickeln. Die Parasiten erscheinen dort unter ihrer typischen Form, bilden mitunter degenerative Formen, zeigen Bläschenbildung, und ist ihre Verteilung eine sehr ungleiche.

5. Die syphilitische Aortitis kann makroskopisch sich durch nichts von einer gewöhnlichen Atheromatose unterscheiden.

6. Die Anwesenheit der Spirochäten in den betreffenden Läsionen erklärt die guten Resultate, welche die merkurielle Behandlung bei syphilitischer Aortitis und Arteriitis erzielt. *E. Toff-Braila.*

Syphilis und Aorteninsuffizienz, von J. Bruckner und Galasesco. (*Bull. méd.* 1910. Nr. 10.) Die Verfasser haben bei 22 Fällen von Aorteninsuffizienz 17mal positiven Wassermann gefunden. Sie legen daher der Lues die wichtigste, wenn nicht einzige Rolle in der Ätiologie der Aorteninsuffizienz bei.

Richard Frühwald-Leipzig.

Aorteninsuffizienz. Latente Syphilis, von Debove. (*Journ. d. pratic.* 1910. Nr. 17.) Analyse eines Falles von schwerer Aorteninsuffizienz bei einer 56jährigen Frau, die zweimal akuten Gelenkrheumatismus durchgemacht hat. Während früher

bei der Patientin nie syphilitische Erscheinungen beobachtet worden waren, fand D. reflektorische Pupillenstarre und positive WASSERMANNsche Reaktion; er nimmt daher an, dafs der Gelenkrheumatismus eine zunächst gutartige Erkrankung der Aortenklappen hervorgerufen und dafs auf dem so vorbereiteten Boden die Syphilis sich festgesetzt und schwere Veränderungen erzeugt hat. *Götz-München.*

Über die Aortitis syphilitica, von ANTONIO FAGINOLI-Padua. (*Morgagni.* 1910. Nr. 11.) Die syphilitischen Aortenläsionen bestehen nach den Angaben des Autors in der Mehrzahl der Fälle in einer weit vorgeschrittenen, oft kompletten Umwandlung der Gefäfswand in sklerotisches Bindegewebe vom Typus des Narbengewebes. Neben diesen Alterationen, welche auf eine weit zurückliegende Entzündung zurückzuführen sind, konnte er auch in manchen Fällen noch eine frische, noch bestehende Entzündung nachweisen, welche aus Herden kleinzelliger Infiltration bestand, aber nichts enthielt, was sie mit einem spezifischen Granulom zu identifizieren gestattete. Besonders interessant waren diejenigen Fälle, wo neben den gewöhnlichen Alterationen der Aortitis (DÖHLE) noch makroskopisch sichtbare Erweichungsherde vorhanden waren, die sich bei der mikroskopischen Untersuchung als richtige spezifische Granulome (Gummata) erwiesen. Oft war auch das Myocard in Form einer Myocarditis interstitialis, aber nur selten in Form einer gummösen Erkrankung in Mitleidenschaft gezogen.

Gunsett-Strafsburg.

Über die syphilitische Aortitis, von SIMONOWITSCH. (*Russki Wratsch.* 1910. Nr. 37.) Der pathologisch-anatomische Befund der syphilitischen Aortitis entsprach in den vom Verfasser untersuchten Fällen demjenigen der Aorta von nicht syphilitischen Greisen. Die klinischen Zeichen von Angina pectoris vera, wie auch von Asthma cardiale verum im mittleren Alter zwingen dazu, eine spezifisch ätiologische Ursache aufzusuchen und deuten auf eine spezifische Aortitis als pathologisch-anatomische Ursache dieser Erscheinungen. *Arthur Jordan-Moskau.*

Syphilis atrophicans der Aorta, von MAURICE LETULLE. (*Presse méd.* 1910. Nr. 21.) Es handelt sich in den mitgeteilten Fällen um eine Varietät der Aortitis, um die Aortitis chronica diffusa atrophicans. Dieselbe ist seltener als die hyperplastische Form und geht nie mit Aneurysmabildung einher. Sie führt immer zur Spontanruptur der Aorta. Gewöhnlich ist die Syphilis hereditaria tarda als Ursache der Affektion anzusprechen. *Gunsett-Strafsbnrg.*

Phlebitis syphilitica der Extremitäten, von THIBIERGE und RAVAUT. (*Bull. méd.* 1910. Nr. 30.) Bei einem 29jährigen Manne traten zwei Monate nach der Infektion zahlreiche Phlebitiden an den Extremitäten auf. Ein exzidiertes Stück der Vena saphena zeigte das Lumen von Wucherungen der Intima ausgefüllt. In Abstrichen von letzterer wurden Spirochäten gefunden. Übertragung eines Stückes auf den Affen erzeugte nach 23 Tagen einen typischen Primäraffekt. Mikroskopisch ergab sich die Veränderung als hämorrhagische, proliferierende Endophlebitis.

Richard Frühwald-Leipzig.

Grofses ulcerierendes, serpiginöses Syphilid des Rückens bei Syphilis ignorata, von DEFINE. (*Giorn. internaz. delle scienze med.* 1910. Heft 6.) Beschreibung eines derartigen, den halben Rücken einnehmenden, tertiären Geschwürs, das den Eindruck eines Score Epithelioms machte. WASSERMANN positiv führte zur Diagnose und richtigen Therapie, keine Spirochäten. *Haas-Hamburg.*

Einige Fälle von ringförmigem Syphilid, von JEROME KINGSBURY-New York. (*New York med. Journ.* 29. Okt. 1910.) Kurze Beschreibung von sieben derartigen Fällen, wovon zwei Neger betrafen, einige sehr rasch auf spezifische Behandlung zur Heilung kamen, während andere in sehr hartnäckiger Weise immer wieder rezidivierten. Mit zwei Abbildungen. *Stern-München.*

Syphiloderma psoriasiforme tardivum circumscriptum der Palma manus, von MENDOZZI. (*Giorn. intern. delle scienze med.* 1910. Heft 8.) Bietet nichts Besonderes.
Haas-Hamburg.

Syphilitische Hautgummen entstanden in der Glutaealregion an einer Stelle, an der ein Jahr früher eine Injektion von gelbem Quecksilberoxyd stattgefunden hatte, von CARLO VIGNOLO-LUTATI-Turin. (*Gaz. med. ital.* 1910. Nr. 19.) Der hier beschriebene Kranke wufste nichts von einer luetischen Infektion. Vor zehn Jahren wurde der linke Hoden angeblich wegen Sarkoms entfernt. Zwei Jahre später traten gummöse Erscheinungen in der Sternalgegend auf, die lange unbehandelt blieben, bis ein Arzt eine Injektion von gelbem Quecksilberoxyd in die Glutaealgegend vornahm. Dies war die einzige merkurielle Behandlung, die der Kranke erhalten hatte. Dieselbe wurde, wegen allzu grofser Schmerzhaftigkeit und da derbe Infiltrate zurückblieben, nicht wiederholt. Ein Jahr später traten eben an dieser Stelle tief ulceröse Gummata auf, welche einer kombinierten Jod- und Quecksilberkur wichen.
Gunsett-Strafsburg.

Zwei Fälle von syphilitischem Pseudolupus, von A. MAUTÉ. (*Journ. d. pratic.* 1910. Nr. 16.) Bericht über zwei Fälle von tubero-ulceröser Syphilis, die beide für Lupus vulgaris gehalten und dementsprechend behandelt worden waren. In dem einen Falle war der Krankheitsprozefs an einer Wange, in dem anderen auf der Oberlippe lokalisiert, beide Male wurde durch Quecksilberinjektionen Heilung erzielt.
Götz-München.

Syphilitische Pigmentationen und Depigmentationen. (Leukoderma syphiliticum, Vitiligo bei Lues, primäre und sekundäre Pigmentsyphilis), von FRITZ GIESING. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1909.) Verfasser kommt zu folgender Einteilung der bei Syphilis vorkommenden Pigmentanomalien: I. Depigmetationen a) welche nach Ablauf, und zwar an Stelle syphilitischer Effloreszenzen (Roseola, Papeln usw.) auftreten. Hierzu gehört das Leukoderma nach NEISSER usw.; b) welche auf vorher nicht von Effloreszenzen befallener Haut auftreten (Leukoderma nach LEWIN, DREYSEL, WELANDER usw.). Hierzu ist eventuell auch die Vitiligo nach THIBIERGE zu rechnen. II. Hyperpigmentation a) welche nach Ablauf und an Stelle syphilitischer Efflorenszenzen auftreten. Hierzu gehören die sehr häufig auftretenden Pigmentationen nach fast allen Eruptionsformen, die die Syphilis auf der Haut hervorruft, und der Fall von Nagelpigmentation nach Paronychia luetica von VÖRNER; b) welche als echte Pigmentsyphilis beschrieben werden, für deren Existenz ROMALO, BARDUZZI, DOYON, SCHWIMMER, BOCKHART, LEISTIKOW, LEGRAIN, RONCHI und andere eintreten. Hierunter sind auch die lokalen Pigmentationen zu rechnen, die speziell auf der Halshaut entstehen: „Syphilide Pigmentaire" (HARDY, FOURNIER usw.).
Fritz Loeb-München.

Zur Kasuistik des diffusen syphilitischen Leukoderma, von OKSENOW. (*Wratschebnaja Gaseta.* 1910. Nr. 26.) Beobachtung eines diffusen Leukoderma auf der Haut des Rumpfes und der oberen Extremitäten im Anschlufs an ein papulöses Exanthem.
Arthur Jordan-Moskau.

Die Keratitis parenchymatosa eine echtluetische Erkrankung. Vorläufige Mitteilung, von J. IGERSHEIMER-Halle a. S. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 20.) I. hat in einem frisch exzidierten Stück der parenchymatös erkrankten Hornhaut eines 14jährigen Menschen, der sicher an Syphilis hereditaria litt, eine echte Spirochaeta pallida gefunden; damit ist der Beweis erbracht, dafs die Keratitis parenchymatosa eine echt luetische, d. h. durch Spirochäten hervorgerufene Erkrankung ist. Die Spirochäten bleiben vermutlich von der Fötalzeit her in der Hornhaut sitzen und entfalten aus vorerst noch unbekannten Ursachen plötzlich entzündungserregende

Wirkung. — Die kranke Partie wurde exzidiert, um ein Weitergreifen des Hornhautprozesses hintanzuhalten; der Defekt wurde nach Kauterisierung der tieferen, trüb aussehenden Schichten mit Konjunktiva gedeckt. Der Erfolg war sehr gut, der Prozefs schritt nicht fort, die Trübung hellte sich zusehends auf. *Göts-München.*

Zur Kasuistik der Syphilome des Ciliarkörpers, von Pokrowski. (*Wratschebnaja Gaseta.* 1910. Nr. 31.) In der Ewetzkyschen Monographie über die Syphilome des Ciliarkörpers sind 67 derartige Fälle beschrieben. Pokrowski hat noch 28 bis 29 Fälle gefunden, zu denen er eine eigene Beobachtung fügt. In dem betreffenden Fall handelte es sich um einen 26jährigen Mann, welcher fünf bis sechs Monate nach der Infektion an einen Syphilom des linken Auges erkrankte, welches diagnostisch grofse Schwierigkeiten hinsichtlich der Ätiologie machte, bis die Diagnose durch Besserung des Leidens unter spezifischer Behandlung sich klärte.

Arthur Jordan-Moskau.

Paralyse des Oculomotorius communis bei cerebraler Syphilis, von Fernandez Sanz. (*Revista clin. de Madrid.* 1910. Nr. 3.) Bei einem Kranken, der zwar jede venerische Infektion leugnete, aber doch suspekte Antezedenzien (wiederholte Aborte seiner Frau und Tod aller seiner Kinder im frühen Alter) aufwies, stellte sich vor sechs Jahren eine Paralyse des Oculomotorius communis der rechten Seite ein, die von Kopfschmerzen, Nackenstarre, Schwindel, Brechen und vollständigem Haarverlust des ganzen Körpers begleitet war. Alle diese Symptome verschwanden wieder aufser der Oculomotoriuslähmung. Aufser letzterer konnte kein anderes krankhaftes Symptom nachgewiesen werden. Die Wassermannsche Reaktion war positiv. Auf eine Merkurialkur ging die Lähmung bald zurück. Der Verfasser schliefst die Tabes aus und glaubt, dafs es sich um eine Meningitis syphilitica circumscripta der Basis handelte. *Gunsett-Strafsburg.*

Syphilis bei Geisteskrankheit, durch die Wassermannsche Reaktion erwiesen, von C. B. Ensov-Baltimore. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 55, Nr. 3.) Bei 58 von 262 Hospitalkranken fiel die Reaktion positiv aus; bei Paralytikern war die Reaktion in 96% positiv. *Schourp-Dansig.*

Über die chronische, syphilitische Meningitis; die Läsionen der Hirnbasisnerven bei der Tabes, von Cl. Vincent. (*Semaine méd.* 1910. Nr. 21.) Der Verfasser hatte Gelegenheit drei Kranke zu beobachten, bei denen, vor Ausbruch jeglicher Erkrankung des Nervensystems, die Lumbarpunktion die Existenz einer sicheren Lymphocytose aufdeckte. Einer dieser Kranken bekam später eine diffuse Meningoencephalitis, der zweite eine Hemiplegie, der dritte eine bilaterale Neuritis des Acusticus. Der Verfasser schliefst daraus, dafs viele parasyphilitische Erkrankungen in Wirklichkeit nur späte Manifestationen der syphilitischen Meningitis sind, welche klinisch als cerebrospinale Lymphocytose erscheint. Man findet übrigens schwere meningeale Läsionen im Verlauf des Tabes, besonders im Gebiet der Spinalwurzeln, welche für die Degeneration der hinteren Wurzeln verantwortlich gemacht werden müssen. Vincent wies nach, dafs auch viele paralytische und trophische Störungen, welche in gewissen Tabesfällen sich im Gebiet der Hirnnerven abspielen, auf dieselbe Ätiologie zurückgeführt werden können. In zwei Tabesfällen, von denen der eine laryngeale Krisen, der andere eine komplette, bilaterale Paralyse der Nerven des dritten Paares hatten, fand der Verfasser eine Neuritis unterhalb des Punktes, an dem die Hirnnerven (Vagus und oculomotorius communis) ihre Hirnhautbekleidung erhalten. Diese Alterationen entsprechen denjenigen des Rückenmarks und lassen die Annahme zu, dafs bei der Tabes die Nervenfasern nicht an ihrem Ursprungskern erkrankt sind, auch nicht auf ihren intracerebralen Verlauf, sondern im Gebiet ihres meningealen Verlaufs. *Gunsett-Strafsburg.*

Syphilitische Erkrankungen des Nervensystems, von JOSEPH COLLINS-New York. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 54, Nr. 17.) Klinische Studie.

Schourp-Danzig.

Gehirnsyphilis, von EDWARD LIVINGSTON HUNT-New York. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd 54, Nr. 19.) Bericht von sechs Patienten im Alter von ungefähr 35 Jahren, welche vor fast 15 Jahren Lues erwarben. Bei allen waren Reflexveränderungen an den Augen und Knien, Tremor der Gesichtsmuskeln und ROMBERGsches Symptom vorhanden. Unter kombinierter Quecksilber-Jodbehandlung Besserung.

Schourp-Danzig.

Beitrag zur Kenntnis der Gehirnsyphilis im Sekundärstadium, von H. LÖHE-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 24.) Zwei ausführlich mitgeteilte, gründlich untersuchte Fälle.

Im ersten Fall traten drei Monate post infectionem trotz sofortiger antiluetischer Therapie cerebrale Störungen auf, die ungeachtet einer erneuten intensiven Quecksiber- und Jodbehandlung zunahmen und in wenigen Tagen ad exitum führten.

Im zweiten Falle trat halbseitige Lähmung 24 Tage nach dem Manifestwerden des Primäraffektes auf, die auf Kalomelinjektionen zurückgeht. Das seltene an diesem Fall ist das sehr frühe Auftreten den Lähmung, vor dem Auftreten von Sekundärerscheinungen. *Arthur Schucht-Danzig.*

Beitrag zur Anatomie der syphilitischen Encephalitis, von H. PREISIG. (*Riev. méd. de la Suisse rom.* 1910. Nr. 10.) Ein 48jähriger Alkoholiker mit neuropathischer Heredität bekommt heftige, dauernde Kopfschmerzen, verfällt in einen Zustand von Benommenheit, bekommt Halluzinationen und zeigt vorübergehend vermehrten Bewegungsdrang und zuletzt Verlust der Orientierung. Die Lumbalpunktion läſst eine deutliche Lymphocytose der Cerebrospinalflüssigkeit erkennen, auſserdem besteht das ARGYLL-ROBERTSONsche Symptom. Bei der Autopsie fand sich zugleich mit einer syphilitischen Meningitis, aber ohne mit ihr in Zusammenhang zu sein, eine Erkrankung der Ventrikelwand, welche vollkommen mit allgemeiner Paralyse übereinstimmt. Der Fall muſs deshalb als eine Übergangsform zwischen der Meningitis syphilitica und der progressiven Paralyse angesehen werden. Der Verfasser glaubt, daſs die Fälle von Meningitis der Konvexität mit verstärkter Beteiligung der Rinde selber Zwischenstadien derselben Art sind. Näher zur Paralyse würde der von RIS beschriebene Fall einer syphilitischen Meningitis mit typischen paralytischen Alterationen der Rinde gehören. Wahrscheinlich sind auch die als „Syphilis cerebralis diffusa" beschriebenen Fälle nur syphilitische Meningitiden mit starker Beteiligung der Rinde. Wenn man sich ferner vergegenwärtigt, daſs bei der progressiven Paralyse eine Beteiligung der Pia die Regel ist, so wird man zugeben müssen, daſs zwischen dieser Affektion und der „Syphilis cerebralis diffusa" kein essentieller Unterschied besteht.

Gunsett-Straſsburg.

Über den heutigen Stand der Diagnostik und Differentialdiagnostik der luetischen und metaluetischen Gehirnerkrankungen, von FAUSER. (*Fortschr. d. Med.* 1910. Nr. 14, 15 u. 16.) Zusammenfassender Vortrag mit besonderer Berücksichtigung der neuen diagnostischen Methoden. *Haas-Hamburg.*

Cerebrospinale Lues, von SCHLIVEK-New York. (*Arch. of Pediatr.* April 1910.) Elfjähriger Knabe hat seit etwa drei Jahren körperlich und geistig nachgelassen, das Augenlicht wurde schlechter, heftige Kopfschmerzen und häufiges Erbrechen. Ungleichmäſsigkeit der Pupillen, normale Reaktion. Die Zunge weicht beim Herausstrecken nach rechts ab, Steigerung der Reflexe, besonders der Patellarreflexe; Fuſsklonus. Hände und Füſse sind kalt und cyanotisch. Der Gang ist unsicher, Treppensteigen ohne Hilfe nicht möglich, dabei keine Ataxie. WASSERMANN positiv; vorübergehende

Paralyse des rechten Armes und Beines für drei Tage. Kombinierte Behandlung (Hg und JK) ohne Erfolg. *W. Lehmann-Stettin.*

Die Hemiplegie der Luetiker, von L. Lagane. (*Gaz. d. hôp.* 1910. Nr. 24 und 27.) Eine literarische Monographie des Gegenstandes. *Gunsett-Straſsburg.*

Pathogenetische Behandlung der parasyphilitischen Erkrankungen des Nervensystems (Tabes und progressive Paralyse), von A. Sézary. (*Presse méd.* 1910. Nr. 31.) Der Verfasser nimmt nach Ravaut eine prämonitorische Phase der Tabes und progressiven Paralyse an, welche in einem meningitischen Prozeſs besteht, der zur Zeit der Sekundärperiode auftritt, durch Lumbalpunktion nachweisbar und meistens einer Therapie gut zugänglich ist. Hier soll die Therapie energisch einsetzen, während man bisher, ohne etwas zu tun, die parenchymatösen und sklerotischen Läsionen der definitiven Tabes herankommen lieſs. Der Verfasser hält die Lumbalpunktion für unnötig, so lange noch sekundäre Symptome nachweisbar sind. Sind aber auf energische Therapie alle klinischen Symptome verschwunden, so soll die Lumbalpunktion vorgenommen und jede dabei konstatierte Leukocytose bis zu ihrem Verschwinden energisch weiter behandelt werden. *Gunsett-Straſsburg.*

Die chronischen syphilitischen Muskelatrophien und die Tabes, von Felix Rose und Henri Rendu. (*Semaine méd.* 1910. Nr. 19.) Aus den mitgeteilten Fällen geht hervor, daſs es zwischen der syphilitischen Muskelatrophie und der Tabes mit Muskelatrophie intermediäre Fälle gibt, welche mehr oder minder klare Tabessymptome aufweisen. Diese Formen sind auch pathologisch-anatomisch zu erkennen als Übergänge von der meningo-myelitischen Form mit Infiltration, wie wir sie bei der syphilitischen Atrophie finden, zu der einfachen Atrophie der Zellen der Vorderhörner, wie wir sie bei der tabischen Muskelatrophie vorfinden. Gemeinsam ist diesen Medullaraffektionen allen, daſs sie nicht auf eine spezifische Behandlung reagieren.

Gunsett-Straſsburg.

Ein Beitrag zur infantilen Tabes, von Walter Spitzmüller-Bad Hall. (*Med. Klinik.* 1910. Nr. 4.) Typische stark ausgesprochene Tabes bei einem 13jährigen Knaben, der nicht die geringsten Symptome von kongenitaler Syphilis aufweist. Die Wassermannsche Reaktion ergab vollkommene Hemmung der Hämolyse. Patient zeichnet sich durch vollkommen kindlichen Habitus aus. Als initiales Symptom der Tabes trat die Blasenstörung auf, und zwar schon im neunten Lebensjahre des Knaben; das hervorstechendste Symptom bildete jedoch die Ataxie.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Die ätiologische Bedeutung der Syphilis für die Tabes dorsalis, von Karl Blümel. (Inaug.-Dissert. Berlin 1909.) *Fritz Loeb-München.*

Syphilis und Ischias, von Lortal-Jacob und Sabaréanu. (*Presse méd.* 1910. Nr. 49.) Die Autoren weisen darauf hin, daſs bei der Ätiologie der Ischias die Syphilis eine Hauptrolle spielt. Sie heben ihr Vorkommen sowohl in der sekundären Periode hervor, wo der cytologische Befund der Lumbarpunktion oft ihren meningealen Ursprung beweist, und betonen andererseits die Häufigkeit besonders der radikulären Ischias in der Tertiärperiode. Eine radikuläre Ischias soll selbst bei Fehlen von Lues in der Anamnese als spezifisch angesprochen werden, wenn nicht eine mechanische Kompression, eine chronische Toxiinfektion (Tuberkulose), eine chronische Intoxikation (Alkohol usw.) für dieselbe verantwortlich gemacht werden kann.

Gunsett-Straſsburg.

Über die Beziehungen der Syphilis zu Nerven- und anderen inneren Erkrankungen auf Grund von 573 serologischen Untersuchungen, von Reinhold Ledermann-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 39.) Autor hebt die Förderung hervor, welche die praktisch die Serodiagnostik ausübenden Dermatologen durch die-

selbe erfahren haben, indem sie zur Beobachtung vieler ihnen sonst entgehender interner oder neurologischer Fälle syphilitischen Ursprungs gelangten. Die 16 Fälle hereditär-syphilitischer Cerebralerkrankungen werden gruppiert in 1. solche mit paralytischen Erscheinungen, a) allgemeiner Natur, b) lokalisierte Formen; 2. solche mit konvulsiven Erscheinungen und 3. solche mit geistigen Störungen.

In der Anamnese der an Gehirn- und Nervenkrankheiten leidenden Erwachsenen fällt das Fehlen intensiver Hg - Behandlung in der Anamnese auf. Von Interesse ist, dafs von 16 früher sicher infizierten Syphilitikern nur fünf negativ reagierten, die übrigen elf bedürfen also noch einer besonderen Beachtung.

Von den an Arteriosklerose Leidenden reagierte die Hälfte positiv, von zehn Aorteninsuffizienzen sechs. Aortenaneurysma in mittlerem Lebensalter scheint immer syphilitischen Ursprungs zu sein. Besonderes Interesse bieten vier Fälle von Tumor mediastinalis mit teilweiser Besserung nach Hg-Behandlung.

Arthur Schucht-Danzig.

Erkennung des Syphiliserregers auf dem Wege der Züchtung der Spirochaeta pallida, von J. Schereschewsky. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 42.) Die Kulturspirochäten Schereschewskys sind nicht tierpathogen. Verfasser hält einen Virulenzverlust durch die Züchtung für sehr gut möglich. Sehr bemerkenswert in dieser Richtung ist, dafs ein zehntägiger Aufenthalt der Rekurrensspirochäten auf Schereschewskys Nährboden dieselben avirulent macht.

Agglutinine gegenüber den Kulturspirochäten waren im Luetikerserum und im Serum vorbehandelter Tiere nie nachzuweisen. Mit der Präzipitinreaktion liefsen sich keine spezifischen Ausschläge beobachten.

Es liegen also vorläufig keine befriedigenden Ergebnisse vor, um die Zusammengehörigkeit der Kulturspirochäten mit Syphilis zu erweisen.

Arthur Schucht-Danzig.

Über das Vorkommen der Spirochaeta pallida Schaudinn in den Vaccinen bei kongenital-syphilitischen Kindern, von J. Langer-Graz. (*Münch. med. Wochenschrift.* 1910. Nr. 38.) Anschliefsend an eine kurze kritische Besprechung der wichtigsten Publikationen in der Literatur über die Übertragung von Syphilis bei der Schutzpockenimpfung berichtet Verfasser folgendes: Bei zehn Kindern im Alter von acht Tagen bis 18 Monaten mit zweifelloser kongenitaler Syphilis wurde in der üblichen Weise meist an beiden Armen mit je einem 1/2 cm langen Schnitt geimpft. Am sechsten oder siebenten Tage wurde ein Stückchen der Impffloreszenz abgekratzt und auf Spirochäten untersucht. Bei der in der Zeit von 1907/08 untersuchten ersten Serie von drei Fällen gelang nur einmal der Nachweis der Spirochäten; bei der später (1909/10) untersuchten Serie von sieben Fällen gelang der Nachweis viermal bei Verwendung des Tuscheverfahrens. Sehr bemerkenswert war es, dafs eine auf einer luetischen Papel aufsitzende Vaccinepustel die Spirochäten enthielt, während ein auf einer makroskopisch gesunden Stelle sitzendes Impfbläschen bei demselben Kinde keine Spirochäten erkennen liefs. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Bemerkung über die Lokalisation des Treponema pallidum im kongenitalen Gumma, von E. A. Shaw-Hongkong. (*Lancet.* 2. Juli 1910.) Auf der Suche nach Spirochäten in den Lebern von Säuglingen, welche an kongenitaler Syphilis zugrunde gegangen waren, fiel dem Verfasser an einem der Präparate, das mit der Levaditischen Modifikation der Ramon y Cajalschen Färbung behandelt war, bei schwacher Vergröfserung ein dichter, schwarzer Streifen auf, der an der Grenze zwischen gesunder Lebersubstanz und dem Gewebe eines kleinen, etwa 0,3 cm im Durchmesser haltenden Gummas lag. Bei Anwendung der Ölimmersion erkannte er, dafs der Streifen aus einem dichten Konvolut von Spirochäten bestand. Weitere

Untersuchungen an anderen Gummen ergaben ebenfalls die Tatsache, dafs die Peripherie derselben, die Kapsel dicht mit Spirochäten durchsetzt war, während im nekrotisierten Zentrum und der Umgebung höchstens ganz vereinzelt dieselben anzutreffen waren.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Spirochaeta pallida bei syphilitischen Mundaffektionen, von Schestopal. (*Russki Wratsch.* 1910. S. 872.) Während Verfasser bei syphilitischer Angina erythematosa und bei gummösen Prozessen der Mundhöhle die Spirochaeta pallida vergeblich suchte, fand er sie bei papulösen Erscheinungen der Mundhöhle, gleichviel an welcher Stelle, mit Leichtigkeit und in reichem Mafse. *Arthur Jordan-Moskau.*

Spirochaeta pallida bei cerebraler Arteriitis, von Sézary. (*Bull. méd.* 1910. Nr. 50.) Ein 43jähriger Mann erlitt etwa zehn Wochen nach Auftreten des Schankers eine Hemiplegie, der er erlag. Die Autopsie ergab eine typische syphilitische Erkrankung der Wurzeln beider Art. fossae sylv. Mikroskopisch fand sich Wucherung und Infiltration der Intima und Adventitia. Spirochäten wurden nur in letzterer gefunden. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Spirochäten bei syphilitischer Aortitis. Fünf Fälle, einer mit Aneurysma von J. H. Wright und O. Richardson-Boston. (Publications of the Massachusetts General Hospital. Okt. 1909.) Typische syphilitische Veränderungen im Anfangsteil der aufsteigenden Aorta; primäre Nekrose der Media und wahrscheinlich auch der Intima mit sekundärer Entwicklung von Bindegewebe, das wiederum der Degeneration und Nekrose anheimfällt. Der Befund von Spirochäten an einer Stelle primärer Nekrose in der Media, sowie innerhalb der Nekrose des Bindegewebes scheint die Bestätigung dafür zu geben, dafs die Mikroorganismen die Ursache der Nekrose sind infolge ihrer lokalen Einwirkung auf das Gewebe. Ihre Zahl und Verteilung an den einzelnen Stellen scheint dafür zu sprechen, dafs sie sich an bestimmter Stelle rasch vermehren, Nekrose hervorrufen und dann degenerieren und verschwinden.

W. Lehmann-Stettin.

Spirochaeta pallida im „Liquor cerebrospinalis“ bei einer luetischen Hemiplegie, von Sézary und Paillard. (*Bull. méd.* 1910. Nr. 20.) Bei einer 33jährigen Frau mit einer linksseitigen Hemiplegie und papulo-ulcerösen Syphiliden wurde die Lumbalpunktion vorgenommen. Im Centrifugat des „Liquor“ fand man mittels des Ultramikroskopes eine typische Spirochaeta pallida. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Ein Fall von Hodensyphilis beim Kaninchen, von Silvio Ossola. (*Bolletino soc. med. chir. di Pavia.* 7. Mai 1909.) Ein am Scrotum inokuliertes Tier bekam an der Inokulationsstelle das typische Syphilom. Nach sechs Wochen stellte sich eine Hodenschwellung ein, die in einem plasmazellenreichen Gewebe sehr viele Spirochäten enthielt. Da auch die Inguinallymphdrüsen und die Blutbahnen der Läsion deren sehr viele enthielt, so glaubt der Verfasser, dafs sie nicht per contiguitatem, sondern auf dem Lymph- oder Blutwege in den Hoden gelangt sind, also eine beim Kaninchen bis jetzt nicht beobachtete Allgemeininfektion darstellen. *Gunsett-Strafsburg.*

Neuer Beitrag zum Studium der Kaninchensyphilis, von Mario Truffi-Pavia. (*Pathologica.* I. Jahrgang. 1909. Nr. 19.) Bis jetzt war es nicht geglückt, die Generalisation des syphilitischen Virus beim Kaninchen zu beweisen. Dies gelang dem Verfasser in folgenden zwei Fällen:

1. Ein Kaninchen wurde am Scrotum mehrere Male mit Erfolg geimpft. Während die Impfstelle noch ein grofses, typisches Syphilom aufwies, wurde der rechte, gesunde Hoden enukleiert. Die Untersuchung desselben ergab keine Spirochäten. Trotzdem wurden mit diesem enukleierten Hoden zwei andere Kaninchen geimpft, die beide charakteristische, Spirochäten enthaltende Syphilome bekamen. Nach der Enukleation bekam das Stammkaninchen eine Cornealentzündung mit positivem Spirochätenbefund.

2. Ein Kaninchen, dafs am 13. X. 09 inokuliert worden war, wurde am 8. XII. 09 geschlachtet. Es wies enorme Syphilome am Scrotum auf. Die verschiedensten Organstücke desselben wurden mit negativem Erfolg auf andere Kaninchen inokuliert. Nur eines von diesen, das mit Knochenmark (ohne Spirochätennachweis) geimpft worden war, bekam nach einer Inkubation von 48 Tagen ein spirochätenhaltiges Syphilom.

Gunsett-Strafsburg.

Die experimentelle Übertragung der Syphilis auf Tiere, von Ermanno Arman-Pisa. (F. Mariotti, Pisa 1910) Diese umfangreiche Monographie des Gegenstandes zerfällt in zwei Hauptteile. Im ersten gibt der Verfaser einen geschichtlichen Überblick über die Frage der experimentellen Tiersyphilis und des Syphiliserregers und fafst dann in einem ausführlichen Kapitel die momentan als erwiesen geltenden Tatsachen zusammen. Der zweite Teil ist eigenen experimentellen Untersuchungen gewidmet, die nicht wesentlich von den Resultaten anderer Autoren verschieden sind. Interessant ist eine Inkubationszeit von 143 Tagen bei der Erzeugung einer Keratitis beim Kaninchen, ferner das Auftreten einer Keratitis bei Impfung mittels spirochätenfreier Nebennierensubstanz, die von einem Kaninchen mit doppelseitiger Keratitis stammte, also ein neuer Beweis für die Diffusion des Virus im Kaninchenkörper. Bei syphilitischen Kaninchen konnte oft Sterilität nachgewiesen werden, oft fanden auch Aborte statt. Die Jungen syphilitischer Kaninchen fand der Autor öfters nicht mehr reproduktionsfähig. Dagegen waren sie gegen Inokulationen mit virulentem Syphilisgift nicht immun. Mit Atoxyl war es unmöglich eine Präventivwirkung zu erzielen. Die Inokulationen waren trotz vorheriger Atoxylinjektion positiv. Hautinokulationen waren immer negativ. Solche ins Hodenparenchym gaben zwar nicht die guten Resultate anderer Autoren, bewiesen aber doch, dafs das Virus wenigstens Veränderungen in der Hodensubstanz hervorruft. *Gunsett-Strafsburg.*

Über eine einfache Methode, bei Kaninchen Primäraffekte zu erzeugen, von Tomasczewski-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 22.) T. empfiehlt zur Erzeugung von Primäraffekten bei Kaninchenböcken folgendes Verfahren: Der Hoden wird durch Druck aus der Bauchhöhle vor den Leistenring gebracht, das Scrotum über dem Hoden angespannt und ein kleiner Hautschnitt angelegt; dann wird mit einem schmalen, stumpfen Raspatorium eine lange Tasche gemacht und in diese das syphilitische Material vorgeschoben. Schon nach 10 bis 18 Tagen, selten später, entwickelt sich über dem implantierten Gewebsstück ein umschriebenes Hautinfiltrat, in dessen Zentrum meist sehr bald eine flache Erosion entsteht; der Gewebssaft enthält stets zahlreiche Spirochaetae pallidae. Histologisch findet man das Bild einer kleinzelligen Infiltration mit Plasmazellen und Fibroblasten. *Götz-München.*

Zur experimentellen Kaninchen- und Affensyphilis, von Uhlenhuth und Mulzer. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 25.) Die Verfasser halten Kaninchen für die geeignetsten Versuchstiere bei Syphilis. Spirochätenhaltiges Saugserum wird mit feinen Glaskapillaren direkt in die Hodensubstanz oder unter die Scrotalhaut eingeblasen. Von tierischem Virus wurde bereits die siebente Kaninchenhodenpassage erzielt. Das klinische Bild der experimentell erzeugten Hodenerkrankung tritt in drei Formen in Erscheinung: 1. In Form eines Scrotalhautgeschwürs, 2. in Form einer chronischen Hodenentzündung bei intakter Scrotalhaut, 3. in Form einer schwieligen Verdickung der Hodenhüllen: Periorchitis diffusa und circumscripta syphilitica. Pathologisch-anatomisch sind alle drei Formen charakterisiert. In einigen Fällen wurde der Beweis einer Allgemeinerkrankung nach intrascrotaler Impfung erbracht: Erkrankung auch des nichtgeimpften Hodens, Papeln am After; in den Leistendrüsen wurden Spirochäten nachgewiesen. Auch durch intravenöse Injektion gröfserer Mengen spirochätenhaltigen Materials konnte Generalisierung des Virus bei Kaninchen erzielt

werden. Dieselbe äufserte sich bei einem Tiere im Auftreten von spirochätenhaltigen Erosionen mit gleichzeitiger typischer circumskripter syphilitischer Orchitis und Periorchitis nach einer Inkubation von zwei Monaten. Bei anderen Tieren fanden sich nach Levaditi in fast allen inneren Organen Spirochäten, bei wieder anderen traten nach acht Monaten an beiden knorpeligen Nasenöffnungen haselnufsgrofse Tumoren von derber Konsistenz auf: Gummiknoten mit zahlreichen Spirochäten. Diese Infektion auf intravenösem Wege gelang auch bei einem niederen Affen. Von gröfster Bedeutung ist, dafs es den Verfassern einwandfrei gelungen ist, menschliches Syphilisvirus auf Kaninchen, von da auf Affen und wiederum zurück auf Kaninchen zu verimpfen.

Eine Immunität für weitere Impfungen verleihen die luetischen Hodenerkrankungen dem Kaninchen nicht. Agglutinierende Eigenschaften des Serums wurden weder beim syphilitischen Kaninchen noch Menschen nachgewiesen. *Arthur Schucht-Danzig.*

Weiteres über die experimentelle Kaninchensyphilis, von Vincenzo Chirivino-Neapel. (*Riforma med.* 1910. Nr. 42.) Ch. hatte mit Material, das aus einem tertiären Gumma stammte, beide Augen eines Kaninchens inokuliert. Links entwickelte sich nach 36 Tagen die gewöhnliche Keratitis parenchymatosa, rechts hingegen erschien nach 60 Tagen im oberen Segment der Conjunctiva ein rotes Infiltrat, hart wie eine Initialsklerose, auf welches weiterhin ebenfalls Keratitis folgte. Auf beiden Augen wurden Spirochäten festgestellt, besonders reichlich rechts. Einige Monate nach Erscheinen dieser Läsionen wurde die Wassermannsche Reaktion ausgeführt und negativ befunden. Das Kaninchen lebte noch 1½ Jahr und wurde einmal plötzlich tot aufgefunden. Bei der Sektion konnte trotz sorgfältigster Untersuchung nirgends eine syphilitische Läsion oder Spirochäten gefunden werden. Es wurde lediglich ein Bacillus gefunden, der mit dem von Thoinot und Masselin beschriebenen identifiziert werden konnte und als Bacillus der spontanen Septikämie der Kaninchen bezeichnet wird.

Diese negativen Resultate sind in Einklang mit den Resultaten von Ossola und und Truffi. Ersterem gelang es nicht, Spirochäten in den inneren Organen cutan inokulierter Kaninchen zu finden. Letzterer hatte negativen Erfolg bei Inokulationsversuchen von inneren Organen, die von syphilisierten Kaninchen stammten. Allerdings geben sowohl Truffi als Ossola an, dafs bei cutan syphilisierten Kaninchen eine relative Immunität (Unmöglichkeit der Reinfektion) zustande kommt, dafs Manifestationen à distance, speziell Keratitis, auftreten und dafs die Wassermannsche Reaktion in 81% der Fälle positiv ist.

Hingegen akquirieren die korneal inokulierten Kaninchen keine Immunität für eine durch die Haut erfolgende Infektion, und die Serumreaktion ist immer negativ. Es scheint deshalb, dafs das syphilitische Virus sich anders verhält, je nachdem es auf die Haut oder in die Cornea inokuliert wird. Im ersteren Falle werden die Spirochäten nicht an der Inokulationsstelle lokalisiert bleiben, sondern es läfst alles darauf schliefsen, dafs eine relative Diffusion oder Generalisation stattfindet. Von der Cornea aus scheint hingegen keine Allgemeininfektion zu erfolgen. *Gunsett-Strafsburg.*

Über die Empfänglichkeit des Kaninchens gegenüber syphilitischen Reinfektionen, von Mario Truffi-Pavia. (*Centralbl. f. Bakteriol.* Bd. 54, Heft 4.) Entgegen den anfänglichen Erfahrungen (Ossola, Truffi), nach welchen mit Syphilis infizierte Kaninchen Reinfektionen gegenüber sich immun erweisen, lieferten die neueren Untersuchungen T.s den Beweis, dafs ein Gedeihen neuer Keime auf der Hautoberfläche des Kaninchens nicht nur in den auf die primäre Inokulation folgenden Tagen, sondern zuweilen auch bedeutend später möglich ist. Beim Kaninchen ist sogar das Gedeihen einer neuen Infektion in dieser Zeit — ungefähr 16 Tage nach der ersten Inokulation — ein sehr häufiges Vorkommnis; möglich ist dasselbe aber noch, wenn auch in selteneren Fällen, wenn die Reinfektion bedeutend später als die

erste Manifestation stattgefunden, mitunter sind selbst weitere Wiedereinimpfungen möglich, wie eine Beobachtung lehrte. Es stimmen also die Resultate am Kaninchen mit den bei Menschen und Affen nachgewiesenen im ganzen überein, d. h. es mufs nun als feststehend angesehen werden, dafs die durch eine syphilitische Infektion erlangte Immunität weit davon entfernt ist, eine absolute zu sein. *Stern-München.*

Erfolgreiche Übertragung von Syphilisspirochäten auf Meerschweinchen, von Hoffmann - Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 22.) H. ist es gelungen, bei drei Meerschweinchen durch Verimpfung spirochätenhaltigen, von einem Kaninchen stammenden Materials Schankergeschwüre zu erzeugen; in dem Reizsaft, der sich aus dem gröfsten Geschwür auspressen liefs, waren reichlich Spirochaetae pallidae nachzuweisen. Es scheint demzufolge, dafs das Meerschweinchen zur Übertragung von Syphilis mit Nutzen herangezogen werden kann. *Götz-München.*

Über die Übertragung von Syphilis auf Meerschweinchen, von Mario Truffi-Pavia. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 34.) Die Empfänglichkeit des Meerschweinchens gegen Syphilis steht beträchtlich hinter der des Kaninchens zurück. Verfasser konnte durch Impfung von syphilitischem Kaninchenpassagevirus in die Haut der Skrotalgegend eines erwachsenen Meerschweinchens die Bildung eines kleinen Knotens, der später exulcerierte, hervorrufen. Im exzidierten Stückchen fanden sich blasse Spirochäten. Diese Primäraffekte sind viel kleiner als beim Kaninchen und besitzen grofse Neigung zur Spontanheilung. Impfungen von Meerschweinchen auf Meerschweinchen und Kaninchen mifslangen. *Arthur Schucht-Danzig.*

Die Serodiagnose der Syphilis nach den Resultaten des Institut Pasteur im Verlaufe des Jahres 1909, von Levaditi und Latapie. (*Presse méd.* 1910. Nr. 31.) Es wurden im ganzen für diese Statistik 215 Fälle verwertet. Davon betrafen 84 solche Patienten, deren Lues sicher oder doch sehr wahrscheinlich war. Die Infektion lag einige Wochen bis 45 Jahre zurück. Es handelte sich um primäre, sekundäre und tertiäre Lues. Unter diesen 84 waren 63 positiv und 21 negativ, also 75% positive Fälle. Betrachtet man diejenigen Fälle für sich, deren Infektion weniger als zwei Jahre zurückliegt, so bekommt man 92% positive Fälle, während für die älteren der Prozentsatz 63 beträgt.

74 Untersuchungen betrafen Kranke, welche Läsionen aufwiesen, deren syphilitische Natur zweifelhaft war (z. B. Nasenulcerationen, Alopecien, Arthritiden usw.). Unter diesen waren 24, d. h. 32% positiv. Die Verfasser geben aber zu, dafs viele dieser Fälle wahrscheinlich nichts mit Lues gemein hatten.

18 Fälle, deren Syphilis nach Ansicht der Verfasser unwahrscheinlich war, reagierten alle negativ, und von 19 nicht syphilitischen Kranken reagierte 1 Lupus auch nach wiederholter Untersuchung positiv, bei dem es sich aber wahrscheinlich um eine versteckte Lues handelte. Von 10 Fällen von progressiver Paralyse waren 70% und von 10 Fällen von Tabes 60% positiv. *Gunsett-Strafsburg.*

Welche Bedeutung kommt der serologischen Feststellung der Syphilis in der gerichtlichen Medizin zu? von Walter Kürbitz - Königsberg. (*Zeitschr. f. Medizinalbeamte.* 1910. Nr. 20.) Bei Erteilung des Heiratskonsenses, bei der Lösung eines Verlöbnisses und bei Ehescheidung, bei fraglicher Vaterschaft, bei Notzuchtsverbrechen, bei Aufnahme in eine Lebensversicherungsgesellschaft hat die Wassermannsche Reaktion als Mittel zur Stützung des klinischen Befundes ihre Bedeutung für die gerichtliche Medizin. Von der Blutuntersuchung bei Leichen ist heute noch nicht viel zu erhoffen, da die gerichtliche Obduktion erst nach Beendigung der behördlichen Erhebungen vorgenommen zu werden pflegt, zu einem Zeitpunkt, wo die Fäulnis bereits verderblich auf das Blut eingewirkt hat. *Schourp-Danzig.*

Zur Frage der praktischen Bedeutung der Serodiagnose der Syphilis, von C. Kopp-München. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 21.) Verfasser kommt auf seine früher schon gegen eine allzu optimistische Bewertung der Serumdiagnose erhobenen Einwendungen zurück. Allerdings haben neuere Publikationen ergeben, daſs ein positiver Ausfall im Primärstadium etwa in der fünften Woche nach der Infektion viel regelmäſsiger eintritt, als K. seinerzeit annahm. Immerhin soll man dem klinischen Befund und dem Spirochätennachweis zum mindesten die gleiche Wichtigkeit beimessen wie der Serumdiagnose. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die spezifische Bedeutung der Serodiagnose der Syphilis, von Juan de Azúa-Madrid. (*Revista clin. de Madrid.* 1910. Nr. 2.) Eine literarische Studie über diejenigen Erkrankungen, welche auſser der Syphilis eine positive Wassermannsche Reaktion geben. Es kommen besonders in Betracht auſser den animalischen Trypanosomien die Schlafkrankheit, bei der einige Beobachter positive Reaktion fanden, während der Verfasser in einem allerdings reichlich mit Atoxyl behandelten Fall negative Reaktion erhielt, ferner die Lepra, besonders tuberculosa, wo er in vier Fällen und auſserdem in einem Fall von anaesthetica positive Reaktion bekam, ferner der tropische Pian. Weniger sichergestellt ist die Sache bei der Pellagra und besonders bei der Sklerodermie. *Gunsett-Straſsburg.*

Der klinische Wert der serodiagnostischen Methoden bei der Diagnose der Syphilis, von William Litterer-Nashville (Tennessee). (*New York med. Journ.* 23. Juli 1910.) Die Hauptschlüsse L.s sind folgende: In der internen Medizin, Neurologie, Pädiatrie, Chirurgie, also in jedem Zweig der Medizin, ist die Wassermannsche Reaktion von unschätzbarem Werte, indem sie den Verdacht einer aktiven spezifischen Krankheit bekräftigt oder zerstreut. Nach dem gegenwärtigen Stande der Wissenschaft bedeutet eine positive Reaktion, daſs aktive Syphilis vorhanden ist und antisyphilitische Behandlung angezeigt ist. Da letztere unzweifelhaft die Wassermannsche Reaktion zum Verschwinden bringt, so kann sie auch als Richtschnur für die Wirksamkeit der Behandlung in dem speziellen Falle dienen. Es gibt nichtluetische Sera, welche Fixation des Komplements bewirken; diese Sera werden jedoch so selten gefunden und dann zumeist bei so ausgedehnten pathologischen Prozessen, daſs sie die klinische Bedeutung der Reaktion nicht beeinträchtigen. *Stern-München.*

Die Serum- und Präcipitinreaktionen bei Syphilis und ihr klinischer Wert, von William J. Buttler-Chicago. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 54, Nr. 14.) An positiver Sicherheit erreicht keine Präcipitinreaktion mit Lezithin, mit glykochol- und taurocholsaurem Natrium die Wassermannsche Serumreaktion.

Schourp-Danzig.

Die positiven Seiten der Serodiagnostik der Syphilis, von Rotmann. (*Russki Wratsch.* 1910. Nr. 27.) Verfasser hat 84 Fälle von Lues nach verschiedenen Methoden auf die Wassermannsche Reaktion untersucht und dabei gefunden, daſs die Tschernogubowsche Methode in 80% der nach Wassermann untersuchten und positiv befundenen Fälle ein gleichfalls positives Resultat ergibt. *Arthur Jordan-Moskau.*

Verschiedenes.

Unser **Mitarbeiter** Dr. Dreuw hat in Verbindung mit dem bekannten Kreb forscher Prof. Dr. Sticker in Berlin, Königgrätzerstraße 105 ein **Institut fü Radiumtherapie** eröffnet. Mit dem Institut ist eine Klinik verbunden, in der all Radiumbehandlungsmethoden zur Anwendung kommen. Wie Geheimrat Prof. Dr. Hi in seinem Vortrage in der Berliner medizinischen Gesellschaft gezeigt hat, bewirk die Radiumemanation eine Verminderung der Harnsäure im Blute und eine günstig Beeinflussung der gichtischen Diathese. Mit dem Institut ist ein Emanatorium ver bunden, in welchem die Emanation mittels Sauerstoffs in einem dicht abgeschlossene Raum verteilt wird und zur Einatmung kommt.

Der Ortsgesundheitsrat der Stadt Mannheim hat vor zwei neuere Geheimmitteln, **Tätovin** und **Nävol**, folgende öffentliche **Warnung** erlassen:

„In einer hiesigen Zeitung erschien vor einiger Zeit ein Inserat, in welchen von der Firma H. Streichs Laboratorium, Stuttgart, Finkenstraße 14, ein Präpara „Tätovin" zur schmerzlosen Entfernung von Tätowierungen und ein Präparat „Nävol" zur Entfernung von Muttermalen, Warzen, Linsen usw. angepriesen wurde. Der Prei betrug 3 M. 50 Pf. und 3 Mark 60 Pf. pro Dose.

Nach der chemischen Untersuchung bestehen beide Präparate aus einer Verreibung von Salicylsäure mit parfümiertem Glycerin und zwar enthielt „Tätovin" 46,28%, „Nävol" 39,88% Salicylsäure.

Nachdem in einem Spezialfall ärztlicherseits eine heftige, schmerzhafte und gefährliche Entzündung der mit dem Präparat „Tätovin" behandelten Hautstellen konstatiert worden ist, wird vor der Anwendung des Präparates „Tätovin" und des gleichartig zusammengesetzten Mittels „Nävol" gewarnt."

(Nach *Allg. med. Centralztg.* 1910. Nr. 51.)

§ 175 des deutschen Strafgesetzes, von K. Schirmacher. (*Abolitionist.* 1911. Nr. 1.) Die Verfasserin sieht in der Ausdehnung des § 175 (§ 250 n. F.) auch auf den geschlechtlichen Umgang von Frauen untereinander eine ungeheure Ungerechtigkeit gegen die Frau. Während der Mann, auch außerhalb der Ehe, in reichstem Maße Gelegenheit habe, natürlichen Geschlechtsverkehr zu pflegen, sei die Frau weit mehr an diesem behindert. Daraus ergebe sich die Notwendigkeit einer anderen Beurteilung des homosexuellen Verkehrs bei Frauen. Außerdem sei durch den neuen Paragraphen eine neue Denunziations- und Drangsalierungsmöglichkeit gegeben, da erwerbende Frauen meist zuzweit leben. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 52. № 5. 1. März 1911.

Aus dem dermatotherapeutischen Institute in Wien.

Über den Pruritus cutaneus universalis.

Von

Dr. med. et phil. FERDINAND WINKLER-Wien.

Die Geschichte der Dermatologie lehrt, daſs schon im Altertume denkende und beobachtende Ärzte den Unterschied zwischen juckenden Hautkrankheiten mit deutlichen Hautveränderungen und juckenden Hautkrankheiten ohne sichtbare Erkrankung kannten. HIPPOKRATES führt in seinen Aphorismen (III, 31) ein allgemeines Hautjucken (*ξῦσμον τοῦ σώματος ὅλου*) an; GALEN spricht von einer Ausscheidung von Auswurfsstoffen (cruditates) durch die Haut und von einem infolgedessen entstehenden beiſsenden Gefühl; MERCURIALIS teilt die juckenden Krankheiten in solche ein, in welchen a cute emanat aliqua sanies, und in solche, bei denen nihil emanat. Und HAFENREFFER spricht von der tristis sensatio desiderium scalpendi excitans sine cutis asperitate vel exulceratione. AVICENNA unterschied ebenfalls Hautkrankheiten mit Pusteln von dem ohne Effloreszenzen einhergehenden Hautjucken (in pruritu non sunt pustulae sicut in scabie), und LORRY nahm eine dem Jucken zugrundeliegende allgemeine Blutverderbnis (summa acredo) an.

Auch die Autoren der neueren Zeit sind über diese rein symptomatische Unterscheidung nicht hinausgekommen; wenn WILLAN von einer Prurigo cum papulis und einer Prurigo latens spricht, so steht er auf demselben Boden wie DEVERGIE, der eine Prurigo sans papules aufführt. WILLAN hat die juckenden Hautkrankheiten unter der Bezeichnung Prurigo zusammengeworfen und vier Formen unterschieden: Prurigo mitis, Prurigo formicans, Prurigo localis und Prurigo senilis. Bei den beiden ersten Gruppen erwähnt er ausdrücklich das Vorhandensein von Knötchen, während er bei den beiden anderen Gruppen nur auf das Jucken allein Gewicht legt; bei der Beschreibung der Prurigo senilis bildet WILLAN kleine Insekten ab, die er bei einem Falle in groſser Menge gesehen habe, und die

er zu den Pulexarten zählt; ferner sagt er, dafs in häufigen Fällen der Prurigo senilis der Zustand der Haut für die Erzeugung von Läusen günstig sei.

Erasmus Wilson unterscheidet die Prurigo vom Pruritus und rechnet letzteren zu der Hyperaesthesia cutanea.

Cazenave hob auch die klinische Differenz zwischen Willans Prurigoformen hervor; er nahm eine Erkrankung des Nervensystems an, welche zu einer cutanen Hyperästhesie führt; dadurch entstehe Jucken und Kratzen; ihm folge die Knötchenbildung nach.

F. Hebra war der erste, welcher den prägnanten Unterschied hervorhob: „Wenn es uns gelingt, bei der Prurigo auf eine kürzere oder längere Zeit die Entwicklung der Knötchen zu hemmen, so ist der Kranke auch von seiner juckende Empfindung befreit; bei der Prurigo wird erst durch die Entwicklung der Knötchen die juckende Empfindung erzeugt."

„Um Mifsverständnissen vorzubeugen" — sagt F. Hebra (*Lehrb. d. Hautkrankh.* 1876, I. Teil, S. 573) — „mufs ich jedoch ausdrücklich darauf aufmerksam machen, dafs dieses eben besprochene Verhältnis nur bei dem Übel in der geschilderten Weise sich darstellt, welches wirklich den Namen der Prurigo verdient, und dafs es allerdings auch solche Fälle von Erkrankungen gibt, wo das Jucken zuerst sich einstellt und erst infolge des so provozierten Kratzens krankhafte Erscheinungen auf der Haut zutage gefördert werden; dafs diese Verhältnisse aber wesentlich andere Erscheinungen in ihrem Verlaufe hervorbringen, bei anderen Individuen, zu anderen Zeiten und unter anderen Verhältnissen zum Vorschein kommen als die eigentliche Prurigo; weshalb ich es auch notwendig fand, die ersteren von letzteren zu trennen, und einen genauen Unterschied zwischen Prurigo und Pruritus aufzustellen."

L. Jacquet (*La pratique dermatologique,* IV, S. 342) hält die Unterscheidung in einen Prurit pur, bei dem das subjektive Empfinden des Juckens das einzige Symptom ist, und Prurit compliqué, bei dem das Jucken mit verschiedenen Hautreaktionen verbunden ist, für bequem, aber gekünstelt und beruft sich dabei auf E. Besnier (*Path. et traitement des malad. de la peau par Kaposi*, trad. Doyon. II. édit., S. 729, Note 2). (Le prurit existe chez tous les humains, sans parler d'un grand nombre d'espèces animales, et une gamme richement nuancée relié ce prurit minimum aux grands prurits généralisés purs et aux dermatoses pruritiques.)

Will man sich über das Wesen des Pruritus cutaneus unterrichten, so lese man die Schilderung, welche Kaposi in dem Lehrbuche gibt, welches er 1876 im Vereine mit Ferdinand Hebra herausgegeben hat. Seiner klassischen Darstellung (*Lehrb. d. Hautkrankh.*, Stuttgart, Ferdinand Enke, II. Band, S. 550) ist in der dermatologischen Literatur kaum etwas Besseres gegenüberzustellen. Die plastische Kraft des Stiles und die

treffende Charakteristik, welche die einzelnen Stadien des Juckanfalls erfahren, suchen wohl in der gesamten medizinischen Literatur ihresgleichen, und es scheint mir, daſs KAPOSI hierin die Naturwahrheit wie an keiner anderen Stelle seiner Arbeiten erreicht hat.

„Das Übel entwickelt sich allmählich unter unmerklichen Anfängen und ohne auffällige Veranlassung. Es fällt den Betroffenen selbst erst auf, wenn sich das Jucken und ein damit verbundener, gröſstenteils subjektiver Symptomenkomplex bereits durch viele Tage und Wochen erhalten oder gesteigert hat. Das einzige charakteristische Symptom ist die subjektive Erscheinung des Juckens; es befällt die Kranken zu wiederholten Malen des Tages und für verschieden lange Zeit; in den gröſseren oder geringeren Intervallen sind die Kranken gänzlich oder beinahe frei von Jucken."

„Der regelmäſsigste und stärkste Anfall gehört dem Abend oder der Nachtzeit an. Während der Patient, um das nächtliche Lager aufzusuchen, sich entkleidet, beginnt schon da und dort am Stamme, an den Extremitäten, besonders an den Stellen, welche von Gurten, Strumpfbändern, Hosenträgern usw. gedrückt waren, erst leise, allmählich immer heftiger und ungestümer das Jucken. Anfangs sucht der Kranke die sanfte Mahnung zu ignorieren, dann trachtet er ihr durch gelindes Reiben mit den Fingerspitzen zu begegnen, bald aber fährt er mit den Fingernägeln energisch drein. Mit dem Kratzen steigert sich und verbreitet sich auch das Jucken proportional. Es durchläuft wie ein elektrischer Strom den ganzen Körper; jetzt taucht das Jucken hier, nun dort, vereinzelt, an verschiedenen Stellen zugleich auf. Bald hat der Unglückliche nicht Hände und Finger genug, alle die ungestüm mahnenden Stellen zu treffen. Er fährt nun ohne alles System in groſsen Strichen die Haut ab, mit ganzer Kraft, für nichts mehr Sinn als die quälende Haut recht energisch zu treffen, und nur befriedigt, wenn die Nägel an einer so recht juckenden Stelle gehörig tief eingedrungen sind. Denn da, wo er es zur blutenden oder fast blutenden Exkoriation gebracht hat, da, wo das Gefühl von Brennen eintritt, da schweigt die ungleich lästigere Juckempfindung. Eine halbe Stunde mag die aufregende Qual gedauert haben; nun ist die Juckempfindung besänftigt. Das Brennen, der Schmerz, der hier und da durch die Nägel veranlaſst worden, die Empfindung der Glut, der erhöhten Wärme über die ganze Haut, sie sind wahrhaft beruhigend gegenüber dem Stürmen und Jagen des Juckens und der es begleitenden allgemeinen Nervenaufregung. Der Kranke legt sich ins Bett; er schläft bald ein, doch leider nur für kurze Zeit. In der Wärme des Betts stellt sich alsbald wieder das Jucken ein; bei vielen kommt erst hier der heftige Anfall, der eine bis mehrere Stunden andauern kann. Die Kranken wälzen sich unruhig auf ihrem Lager; oft springen sie, wie von der Tarantel gestochen, trotz aller moralischen Kraftanstrengung unfähig länger an sich zu halten, aus dem Bette und fahren mit aller

kratzend auf die Haut los, suchen sich da, wo sie mit den Nägeln nicht oder nicht rasch genug hinreichen können, die Haut durch Berührung mit kalten Körpern, der kalten Wand, dem steinernen Estrich usw. zu kühlen, bis sie endlich wieder ihr Lager aufsuchen und einigermafsen Ruhe halten können. Eingeschlafen sind sie von ihrer Pein nicht ledig. Sie verfolgt sie in ihren Träumen unter den mannigfaltigsten und abenteuerlichsten Gestalten. Bald träumt der Arme, dafs er seinen Lieblingshund streichle, und wie dies dem Hunde behagt, so streichelt er darauf los mit den Nägeln; er ist ganz aufser Atem vor Kratzen, er kann gar nicht absetzen — da erwacht er plötzlich, der Lieblingshund war seine eigene Haut, und dafs er nur diese im Traum gekratzt, davon zeugen die vielen schmerzenden und brennenden Exkoriationen. So träumt er ein andermal, dafs er den Boden zu scheuern habe oder zu hobeln oder die Zimmerwände abzukratzen — immer bewegen sich die Traumgebilde in analogen Formen, und immer ist deren Substrat seine eigene kranke Haut. Erst in den Morgenstunden legen sich die unruhgepeitschten Empfindungswogen, und es stellt sich ein ruhiger Schlaf ein — zu kurz, um dem so hart Heimgesuchten die ersehnte physische und moralische Erquickung zu bringen. Die besten Stunden sind die der Morgenzeit. Im Verlaufe des Tages treten mehr oder weniger unregelmäfsige und ungleichdauernde Anfälle auf, spontan oder auf Gelegenheitsursachen. Als solche erweisen sich körperliche und geistige Aufregung, Gemütsaffekte plötzlicher und unangenehmer Art, wie Zorn, Ungeduld, das gezwungene Ausharren bei einer bestimmten Beschäftigung, an einem bestimmte Orte, im Theater, in Gesellschaft, das Bewufstsein der Zwangslage, die Furcht selbst vor einem Anfalle, der blofse Gedanke an die Möglichkeit des Anfalls und die Verlegenheiten, die es für ihn in einer fremden Umgebung mitbringen müfste — wie man sieht, meist psychische Momente — all dies genügt, um sofort, erst leise, dann heftiger das Jucken und sofort einen Juckanfall erscheinen zu machen."

„Der Impetus scabendi, der Drang zum Kratzen ist unwiderstehlich. Die gröfste moralische Anstrengung vermag ihm nicht zu widerstehen. Je länger er unterdrückt wurde, deste heftiger macht er sich mit elementarer Gewalt geltend, alle Rücksicht der Überlegung, des gesellschaftlichen Zwanges beiseite schiebend. Mitten in der Konversation oder bei offener Szene im Theater mufs der Prurituskranke auffahren, alles im Stiche lassen, gleichgültig, zu welchen Glossen er Veranlassung geben mag, um ein einsames Plätzchen aufzusuchen, wo er die ihn quälende Haut seinen rächenden Nägeln preisgeben kann."

„Und diese aufregende Pein, dieses stetige Aufgescheuchtwerden aus dem für den Berufs- und gesellschaftlichen Verkehr so notwendigen Gleichmut und der Selbstbeherrschung raubt nicht selten dem Unglück-

lichen allen moralischen Halt und die Kraft, die doppelte und physische Pein zu ertragen. Inmitten der Exaltation eines Anfalles oder in der Melancholie und Misanthropie, zu welcher er aus der Gesellschaft allmählich zurückgedrängt worden, hat mancher der Prurituskranken zu dem Mute der Verzweiflung sich aufgerafft, den zu lang dünkenden Lebensfaden durch einen gewaltsamen Eingriff zu durchreifsen."

Die herrschende Ansicht geht dahin, dafs das Wesen des Pruritus in einer krankhaften Erregung bestimmter Nervenendigungen in den oberflächlichsten Schichten der Haut besteht; dabei verschlägt es nichts, ob man mit Török (Das Wesen der Juckempfindung, *Zeitschr. f. Psych.* 1907, XLVI, S. 24) die juckempfindenden Nerven mit den Schmerznerven identifiziert, oder ob man, wie ich es in meiner Studie über das Zustandekommen der Juckempfindung (*Arch. f. Derm.* 1909, XCIX) getan habe, ein Nebeneinander der schmerzperzipierenden und der juckperzipierenden Nervenendigungen in der Haut annimmt. Man hat versucht, einen zentralen und einen peripheren Pruritus zu unterscheiden. Joseph und Köbner (*Berl. klin. Wochenschr.* 1885, Nr. 30) haben das Auftreten eines heftigen einseitigen Pruritus bei einer Hemiplegie derselben Seite gesehen und heben hervor, dafs das Jucken gleich nach der Hirnembolie auftrat. Bremer (*Pacific Record*, 1893) bringt die bei Melancholie auftretenden Juckanfälle mit einem zentralen Ursprung des Juckens in Zusammenhang; Sarbó (*Orvosi hétilap*, 1897) sah, dafs im Beginne der progressiven Paralyse das Jucken auftrat und mit der fortschreitenden Entartung der Gehirnrinde zurückging. Sack (*Mračeks Handbuch der Hauthrankheiten*, IV, S. 243) rechnet die Fälle von lokalisiertem symmetrischem Pruritus palmarum et plantarum in die Kategorie der zentralen Störungen und leitet aus der Beziehung, welche zwischen den Affekten und sonstigen zentralen Erregungen einerseits und dem Jucken andererseits besteht, die Anschauung ab, dafs das Phänomen des Juckens auch vom Zentralnervensystem ausgehen kann.

Sack glaubt aber, dafs die überwiegende Mehrzahl der klinischen Pruritusformen dem durch periphere Ursachen bedingten Typus angehört, und verwirft die Unterscheidung in die zentralen und die peripheren Formen; abgesehen von den praktischen Schwierigkeiten, die sich einer solchen Einteilung in den Weg stellen würden, findet er in dieser Einteilung keinen Vorteil für klinische Zwecke.

Mit Recht hebt Sack hervor, dafs sich die Unterscheidung in einen idiopathischen (essentiellen) und einen symptomatischen Pruritus als unzureichend erweist, und ich konnte zeigen, dafs es keinen Unterschied in der Vasomotorenerregung zwischen den einzelnen Formen des Pruritus geben kann.

Es ist zweifellos, dafs es sehr verlockend ist, den Pruritus auf eine

Toxämie zurückzuführen. Wir kennen eine große Zahl von Substanzen, welche bei einzelnen — prädisponierten — Personen den Ausbruch des Juckens veranlassen; dahin gehören von Medikamenten die verschiedensten Balsamica, Terpentin, Chinin, Opium, Morphium, Kokain und zahlreiche Genußmittel, wie Seefische, Hummern, Austern, Flußkrebse, Schnecken, Schinken, Würste, Schweinefleisch, Mayonnaise, manche Sorten von Käse, Erdbeeren, Himbeeren, Johannisbeeren, verschiedene Gefrorenessorten und manche Kunstweine, besonders Champagner, Kaffee, Tee und einige Mineralwässer. Auch ließe sich der Pruritus bei gewissen Erkrankungen, wie bei Diabetes, Ikterus, Urämie, Gicht, Lymphomen, Carcinomen, Sarkomen, Mykosis fungoides, Leukämie, Pseudoleukämie, Helminthiasis, Cholelithiasis, in der Gravidität und bei uterinen Affektionen im Sinne der Toxämie verwerten.

Die Anschauung, daß es sich hierbei um Toxämie handelt, wird aber durch mancherlei Beobachtungen wesentlich erschüttert, in erster Linie durch die Erfahrung, daß schon der Geruch gewisser Speisen bei geeigneten Personen heftige Juckanfälle hervorruft, und daß es Personen gibt, die unmittelbar nach dem Genusse von Schokolade oder beim Aufbringen von Zitronensaft auf die Zunge einen Anfall von Jucken erleiden.

Gegen die Annahme einer Toxämie sprechen alle jene Juckzustände, welche sich als Residuen schon abgelaufener, mit Jucken einhergehender Affektionen ansprechen lassen. Wie NEISSER (*Deutsche Klinik*, X. Band, II. Abteilung, S. 34) richtig urteilt, hat man fast den Eindruck, als ob sich eine gewisse Reizbarkeit der Haut und der Nervenendigungen infolge des wochenlang vorhanden gewesenen Juckreizes eingenistet hätte, so daß der Juckreiz fortbesteht, obgleich die eigentliche Ursache längst geschwunden ist. Man findet — sagt NEISSER — solche Zustände nicht bloß bei ungezogenen Kindern, sondern auch bei Erwachsenen, bei denen man annehmen könnte, sie würden sich leicht beherrschen können, allerdings besonders häufig bei nervösen Menschen. JACQUET (Troubles de la sensibilité in *La pratique dermatol.* IV, S. 341), welchem diese Verhältnisse sehr bekannt sind, spricht von einer Mnemodermie, in ähnlicher Weise wie RICHET von einem Elementargedächtnis der Haut (Mémoire élémentaire de la peau) gesprochen hat. JACQUET meint, daß das Jucken bei dem Zusammentreffen mit einer mnemodermischen Erregung durch einen beliebigen zentralen oder visceralen Reiz ausgelöst werden könne, und daß die juckende Stellen gerade jene seien, an welchen die maximale Aktivität bestehe.

Überblickt man die Formen, unter welchen sich der Pruritus einstellt, so hebt sich von den oben angeführten toxischen Prozessen deutlich eine Gruppe ab, welche alle Charakteristika eines neurotischen Symptomenkomplexes besitzt. „Der ganze Gedanken- und Gefühlsgang, alles Sinnen

und Trachten dreht sich um das Jucken und um die Angst vor dem Jucken; ohne Widerstand zu leisten, ohne Rücksicht auf Umgebung, Zeit und Ort geberden sich die Kranken wie bei einem akuten maniakalischen Anfalle. Sie zerkratzen sich mit den Nägeln, reiben sich an den Türkanten, scheuern sich mit Bürsten oder irgendwelchen Kratzinstrumenten und kommen nicht eher zur Ruhe, als bis sie sich durch tiefe Kratz- und Rifswunden eine Erleichterung verschafft haben, wobei nicht selten derartige Anfälle auch mit anderen schweren Nervenkrisen einhergehen. Mögen die Folgen solchen Kratzens auch noch so schmerzhaft und entstellend sein, selbst junge Mädchen lassen sich oft nicht abhalten, ihr Gesicht, ihre Arme usw. zu zerkratzen. Man wird sicherlich diese oft als „Dermatothlasie“ bezeichnete Kratzmanie geradeso als neuropathisch auffassen müssen wie das Nägelkauen und das Selbstepilieren von Augenbrauen, das Haarabreifsen vom Körper, das Fingerlutschen und ähnliche bei Hysterischen und Nervenkranken gefundene Erscheinungen“ (NEISSER).

Der innige Zusammenhang zwischen dem Pruritus und gewissen psychischen Zuständen erhellt auch aus anderen Beobachtungen. Der Ausdruck „Pruritus mentis“ ist nicht blofs ein leerer Begriff; bei vielen Menschen, auch bei anscheinend gesunden Personen, entsteht ein Juckgefühl, wenn sie von juckenden Krankheiten oder von Ungeziefer sprechen hören, oder wenn sie befürchten, durch Berührung mit widerlichen Gegenständen oder durch Zusammensein mit unsauberen, Ungeziefer beherbergenden Personen selbst unsauber geworden zu sein. „Wie sehr der psychische Zustand bei all diesen Juckzuständen mitspielt, geht“ — wie NEISSER ausführt — „einerseits daraus hervor, dafs geistige Ablenkung, Zerstreuung, emsige Beschäftigung usw. sehr häufig die Patienten die Juckempfindung ganz vergessen läfst, dafs aber andererseits neuropathisch schon Belastete oder durch psychische Eindrücke Erkrankte durch den Glauben, eine Jucken erzeugende Affektion akquiriert zu haben, nun auch wirklich in intensiver Weise von Jucken geplagt werden. Derartige Zustände können nur als Psychosen aufgefafst werden. Die Kranken glauben irgendeinen Parasiten aufgelesen zu haben und sind von diesem Moment an nicht mehr von der Idee, dafs ihre Haut von Tieren bewohnt werde, zu befreien. Ob diese krankhafte Idee die Folge eines primären Hautjuckens, oder ob das Jucken sekundär, gleichsam reflektorisch von der kranken Hirntätigkeit ausgelöst wird, ist schwer zu entscheiden.“

Eine der wichtigsten Pruritusformen, der Pruritus senilis, scheint allen Erklärungsversuchen trotzen zu wollen. Die einen sehen in ihm nur eine Teilerscheinung des senilen Marasmus als Folge der Involution der Greisenhaut; KAPOSI hat aber mit Recht darauf hingewiesen, dafs auch Fälle mit nicht involvierter Haut alle typischen Merkmale des senilen Pruritus darbieten können. BESNIER sucht die Ursache des Greisenjuckens in einer

Insuffizienz der Niere, so daſs die Ausscheidung der urotoxischen Substanzen nicht mehr durch die Niere, sondern durch die Haut erfolgt; Jessner weist auf den Zusammenhang der Prostatahypertrophie mit dem Pruritus senilis hin und stellt sich vor, daſs die Urinretention, welche bei der Prostatahypertrophie erfolgt, zur Aufnahme toxischer Substanzen im Blut führt. Wolff hat die Bedeutung alter Strikturen für das Jucken hervorgehoben, und Sack beruft sich darauf, daſs fäulniswidrige, stark desinfizierende interne Mittel, wie Naphthol, Menthol, Salicylsäure, auf den Pruritus senilis wenigstens vorübergehend bessernd wirken.

Nach meiner Meinung können wohl alle diese Erklärungsversuche in einzelnen Fällen zutreffen; dann handelt es sich aber nicht um Pruritus senilis, sondern um eine durch toxische Produkte hervorgerufene juckende Erkrankung, welche mit der durch Autointoxikation bedingten Urticaria nahe verwandt ist. Als Pruritus senilis ist nur die neurogene Form des Juckens zu bezeichnen, welche nicht toxischer Natur ist. In der Tat sehen wir, daſs der Pruritus senilis zumeist gar nicht universell, sondern im Grunde ein lokaler Prozeſs ist, der die Lieblingsstellen des lokalen Juckens, die Genitalien und die Analgegend betrifft, und bei dem die von Jacquet und von mir beschriebene Wanderung der Juckempfindung sehr deutlich wird.

Natürlich sind neben dem neurotischen Momente des lokalisierten Pruritus auch andere ursächliche Krankheitserscheinungen zur Erklärung heranzuziehen. Kaposi hat schon vor 30 Jahren darauf aufmerksam gemacht, daſs der Pruritus analis unzweifelhaft sehr oft von Varikositäten der Rektalvenen abhänge, geradeso wie Varikositäten der Unterschenkelvenen Jucken veranlassen; „und wenn wir uns so oft veranlaſst fanden," — sagt Kaposi — „gegen die Herbeiziehung der Hämorrhoiden als Krankheitsursachen für allerlei chronische Exantheme zu remonstrieren, so ist dies nicht der Fall bezüglich des Pruritus analis, den wir im Gegenteile auch selber mit Hämorrhoiden und der sie begleitenden follikulären Schwellung der Mastdarmschleimhaut sowie der katarrhalischen Hypersekretion der letzteren in Beziehung bringen."

Ebenso qualvoll wie der Pruritus ani ist der Pruritus scroti; beide treten in Anfällen, meist während der Nacht auf und sind so stark, daſs die Kranken sich die Analfalten und die Scrotalhaut bis aufs Blut zerkratzen. Die Anfälle kommen oft allmählich, und die Kranken gehen schon mit der Furcht zu Bett, daſs sie wieder einem Anfalle unterliegen werden. Und wenn der Anfall kommt, dann schreien die Kranken wie von wütenden Schmerzen geplagt auf und kratzen unter Stöhnen solange, bis die ganze Haut des Anus und des Scrotums in eine blutende Fläche verwandelt ist; dann tritt Ruhe ein, und die Kranken verfallen in Schlaf. Die Folge der sich allmählich wiederholenden Zerreiſsungen der ober-

flächlichen Hautschichten sind tiefe Rhagaden und Lichenifikationen; die Haut verdickt sich, die Papillen werden hypertrophisch, und das Bild ähnelt den Folgeerscheinungen eines chronischen Ekzems.

Ebenso furchtbar können die Anfälle beim Pruritus vulvae et vaginae werden. Auch hier tritt das Jucken vorzugsweise des Nachts auf, doch kommen die Anfälle auch während des Tages vor. „Wie qualvoll dieser Zustand der Kranken ist, vermögen diese selbst kaum zu beschreiben. Der Impetus scabendi zwingt die Kranken zu den heftigsten und nachdrücklichsten Insulten gegen die juckenden Genitalien mittels Kratzens, Reibens und Drückens. Trotz all der genannten Manipulationen dauert der Juckanfall oft eine halbe bis mehrere Stunden fort und hört allgemach auf. Heftiges Brennen an den zumeist insultierten Stellen, Hitzegefühl in den Geschlechtsteilen, Rötung der Schleimhaut, vermehrte Schleimsekretion folgen einem solchen Anfalle. Dafs die Kranken wegen der auf die spezielle Örtlichkeit gerichteten Angriffe sich den Anschein von Onanisten, von mit Nymphomanie behafteten Personen geben, ist selbstverständlich. Wahrhaft keusche Frauenspersonen leiden unter diesem so leicht auf sie fallenden Makel nicht wenig Gewissensbisse. Dafs tatsächlich die eine oder andere zuweilen statt der Frottierung mit leblosen Gegenständen den lebendigen Coitus herbeisehnt oder herbeizuwünschen scheint, ist um so begreiflicher, als der Reiz eines leichten Pruritus der Geschlechtsteile wohl den spezifischen sexuellen Reiz anzufachen vermag und die Kranken mit der Befriedigung des letzteren auch die quälende Juckempfindung zu besänftigen hoffen. Doch ist eine solche Kundgebung noch keineswegs die Äufserung der Nymphomanie oder des gesteigerten Geschlechtstriebes überhaupt. Denn der vollzogene und befriedigende Coitus macht keineswegs dem Juckanfalle ein Ende“ (Kaposi).

Der circumskripte Pruritus kommt auch an anderen Körperregionen vor, besonders an dem Umschlagsstellen der Nase und des Mundes, am Augenlidrand und am äufseren Gehörgange, seltener an den Handflächen und den Fufssohlen.

Handteller und Fufssohlen werden stets auf beiden Seiten befallen; Alibert teilt einen Fall von äufserst quälendem Charakter mit; der Umstand, dafs gleichzeitig beide Seiten erkranken, zeigt deutlich den zentralen neurogenen Ursprung der Affektion an; dazu kommt die oft damit einhergehende Hyperidrosis, welche zweifellos, wie ich nachweisen konnte („Die cerebrale Beeinflussung der Schweifssekretion“, *Arch. f. d. ges. Physiologie*, Band 125, S. 584), ebenfalls cerebralen Ursprungs ist. Es ist das gleichzeitige Auftreten von Jucken und Schweifssekretion um so mehr anzumerken, als man beim Pruritus senilis das Fehlen der Schweifssekretion für das Jucken verantwortlich machen wollte.

Ist aber bei dem Pruritus palmarum et plantarum der Zusammen-

hang mit dem Zentralnervensystem sicher gestellt, so gilt dies für den Pruritus pudendalis in nicht minderem Grade. Die Kranken sind geistig minderwertig und körperlich herabgekommen. „Appetitlosigkeit, Unlust, gemütliche und geistige Depression vereinigen sich mit dem hartnäckigen und aufreibenden physischen Leiden, um den Betroffenen die Gesellschaft, die Familie zu entfremden, das Leben selbst zu verleiden. Noch mehr ist dies der Fall, wenn, wie bei einzelnen Kranken, während der einzelnen Paroxysmen des Pruritus oder auch in den Zwischenpausen hysterische Zustände, Lach- und Weinkrampf, Muskelzuckungen und ähnliches sich einstellen" (Kaposi).

Aus der vorhergehenden Darstellung dürfte sich ergeben, daſs der Pruritus cutaneus, abgesehen von den rein autotoxischen Prozessen, eine feste Beziehung zu gewissen Vorgängen im Zentralnervensystem hat; dabei darf man nicht übersehen, daſs beim allgemeinen Pruritus das Kratzen im Juckanfall einen ausgesprochenen wollüstigen Charakter hat; Jacquet hat darauf aufmerksam gemacht, daſs beim Kratzen die Pupillen sich erweitern. Auch ich habe sorgfältig darauf geachtet; bei dem gewöhnlichen Kratzen, infolge von Ekzemen oder anderen lokalisierten Hautreizungen, tritt die Pupillenerweiterung nicht auf; sie fehlt aber nicht, wenn verschiedene Körperstellen vom Jucken befallen sind und der Kratzende im Kratzen selbst eine derartige Befriedigung findet, daſs er mit seinen Fingernägeln sogar Partien der Haut bearbeitet, die sicherlich nicht jucken.

Trotzdem wir wissen, daſs sich die juckenden Mitempfindungen fast immer nur auf eine einzige Körperhälfte beschränken, sehen wir doch, daſs sich der Pruritiker beide Körperhälften zerkratzt; deshalb warf sich die prurituskranke Nonne, von der Alibert erzählt, bei jedem Anfalle nackt auf die kalten Steinflieſsen ihrer Zelle und wälzte sich auf dem Boden, weil sie einerseits — unbewuſst — durch die Kälteeinwirkung an ihrer ganzen Haut die Gefäſserweiterung bekämpfen wollte, und weil sie andererseits — bewuſst — die dabei auftretenden Wollustempfindungen an verschiedenen Stellen der Haut auszulösen trachtete.

Die das Kratzen begleitenden Wollustempfindungen haben offenbar Jacquet veranlaſst, von einem Onanisme pruritique zu sprechen, und haben Bronson (*Med. Record*, 1890, XXXVIII, S. 425) zu der Hypothese geführt, daſs sich im Anfange alle Sinnesempfindungen im Ektoderm befunden, sich hier allmählich differenziert und dabei einen kleinen Rest in der Haut zurückgelassen haben; daher komme die Wollustempfindung beim Kratzen.

Pruritus und Sexualempfindung stehen in irgendwelch innigem Zusammenhange; auf den ersten Anblick scheint dies zwar nur für den Pruritus vulvae et scroti zu gelten, in Wirklichkeit gilt dies aber für alle Fälle von lokalisiertem Pruritus.

Alle jene Prädilektionsstellen, welche wir oben als Sitz des partiellen Juckens angeführt haben, sind erogene Zonen; die Arbeiten von Freud und seiner Schule haben uns gezeigt, daſs nicht bloſs die Genitalorgane, sondern die Afterzone, Hand und Fuſs zu den Sitzen des Geschlechtsgefühls gehören; freilich muſs man, um zu dieser Erkenntnis zu kommen, die Sexualität der Kinder studieren. Folgt man Freud auf seinen interessanten Wegen, die er in seinen klassischen „Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie“ (F. Deuticke, Wien 1905) dargestellt hat, so erkennt man, daſs das Kind Keime von sexuellem Empfinden mit zur Welt bringt, daſs sich aber der Sexualtrieb des Kindes nicht am fremden Körper, sondern — nach einem Ausdruck von Havelock Ellis (Geschlechtstrieb und Schamgefühl, übersetzt von Kötscher, Würzburg 1901, S. 163) — autoerotisch befriedigt. Die Freudschen Untersuchungen bringen den Beweis für das Bestehen einer Analerotik; die Afterzone des Kindes vermag Wollustgefühle zu liefern, und Reste der Analerotik finden sich nicht selten bei Erwachsenen. Als andere Zeichen erotischer Zonen im Kindesalter führt Freud das Daumenlutschen, das Ludeln an der groſsen Zehe, die reibende Berührung gewisser empfindlicher Körperstellen an. Es ist hier nicht der Ort, auf Freuds Anschauungen und Lehren genauer einzugehen; wer sich darüber rasch orientieren will, findet das Wichtigste in einem sehr lesenswerten Buche von E. Hitschmann, „Freuds Neurosenlehre, nach ihrem gegenwärtigen Stande zusammenfassend dargestellt, (Leipzig und Wien, 1910, F. Deuticke). Hier sei nur soviel hervorgehoben, daſs Freuds Schule den exakten Beweis dafür erbracht hat, daſs eine ehemals geübte und später aufgegebene autoerotische Befriedigung im hysterischen Anfalle wiederkehrt.

Das Beschränktsein des lokalisierten Pruritus auf jene Zonen, die gemeinhin im frühen Kindesalter zu autoerotischer Befriedigung verwendet werden, und das Auftreten von Wollustempfindungen im Juckanfalle sind zweifellos Symptomenkomplexe, die zueinander gehören; es ist, um mich eines von der Freudschen Schule vielgebrauchten Ausdruckes zu bedienen, hier der Schlüssel gefunden, der in das Schloſs paſst; nur auf diesem Wege läſst sich der Pruritus cutaneus erklären, und nur von diesem Standpunkte läſst er sich bekämpfen.

Es ist kein Wunder, daſs die lokale Therapie des Pruritus im allgemeinen versagt; und ich kann nicht Neisser beistimmen, wenn ihm „der Versuch gerechtfertigt erscheint, durch Beseitigung der Juckempfindung in der Haut einen Einfluſs auf den Gesamtkrankheitszustand zu gewinnen“. Die Behandlung muſs umgekehrt von dem Gesamtkrankheitszustande ausgehen; der Pruritus cutaneus ist weder ein lokales, noch ein nervöses, sondern ein psychogenes Leiden und muſs dementsprechend behandelt werden. Aber nicht Brompräparate oder Sedativa aus der Anti-

pyringruppe sind die Heilmittel für einen solchen Zustand; man mufs den Prurítiker genau so behandeln, wie einen Hysteriker, am besten in der Weise, wie es eben FREUD mit seinen hysterischen Kranken tut, auf dem Wege der Psychoanalyse. Selbstverständlich darf die lokale Behandlung von Folgeerscheinungen des Pruritus, wie der Kratzeffekte, der Licheniﬁkation usw., dabei nicht vernachlässigt werden; toxische Einflüsse müssen ausgeschaltet werden, Autointoxikationen müssen einer sorgsamen therapeutischen Berücksichtigung unterliegen; aber der Arzt darf nicht vergessen, dafs er einen Psychoneurotiker vor sich hat, dessen psychische Behandlung viel Zeit und viel Mühe verursacht. In einer nächsten Arbeit soll die Art der Behandlung auf Grund von Krankheitsberichten genauer auseinandergesetzt werden.

Hat man erst erkannt, dafs der Pruritus cutaneus eine Teilerscheinung und nicht selten die einzige Erscheinung einer schweren Neurose ist, dann wird man sich nicht mehr mit der Unterscheidung eines universellen und eines lokalen Pruritus, eines essentiellen und eines symptomatischen Pruritus abmühen, sondern von vornherein jeden Pruritus, der nicht durch eine lokale Dermatose bedingt ist, der geeigneten psychoanalytischen Behandlung unterwerfen; denn der Pruritus ist für uns nicht mehr die tristis sensatio desiderium scalpendi excitans, nicht mehr ein „chronisches Hautleiden, welches sich einzig und allein durch die während Monate und Jahre andauernde Empfindung des Juckens kundgibt“ (KAPOSI), sondern eine Erkrankung psychosexueller Natur, die vielleicht durch toxische Einflüsse hervorgerufen oder in ihrer Entwicklung wesentlich begünstigt wird.

Aus der Abteilung für Haut- und Geschlechtskranke des allgemeinen städtischen Krankenhauses in Nürnberg (Oberarzt: Dr. NEUBERGER).

Über die Wirksamkeit des „Asurol“ als Antisyphilitikum.

Von

Dr. MAX KUNREUTHER.

Während kurz nach der Einführung des neuen EHRLICH-HATAschen Arsenpräparats die Quecksilberverbindungen ganz in den Hintergrund getreten waren und es nachgerade den Anschein erweckte, als ob die bei Syphilis bewährte Methode der Quecksilberbehandlung durch die neue Arsentherapie vielleicht ausgerottet würde, hat sich doch jetzt schon herausgestellt, dafs unsere alten Quecksilbermethoden neben dem neuen Arsenpräparat ihren Platz behaupten werden. Was NEISSER auf der Naturforscherversammlung in Königsberg (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 41)

erklärte, dafs zumeist eine Kombination des EHRLICHschen Mittels mit Quecksilberkuren geboten sei, dürfte heute schon als Grundsatz betrachtet werden. Aus diesem Grunde mufs jeder Versuch, unsere bewährten Quecksilbermittel nach irgendeiner Seite zu vervollkommnen, als zweckmäfsig anerkannt werden.

Wir haben nun auf unserer Abteilung eine Reihe von Untersuchungen über ein neues Quecksilberpräparat „Asurol", das von NEISSER[1] in die Therapie eingeführt worden ist, angestellt und ich will unsere Erfahrungen darüber hier niederlegen.

Das Asurol ist bekanntlich ein Salicylquecksilberpräparat, das sich von dem gewöhnlichen Salicylquecksilber durch seine Wasserlöslichkeit unterscheidet. Hat sich auch das Hydrargyrum salicylicum bei seiner weitverbreiteten Anwendung ganz aufserordentlich bewährt, so bedeutet doch die Tatsache, dafs unlösliche Hg-Salze gelegentlich, wenn auch selten, wie die u. a. von EPSTEIN[2] aufgestellte Statistik beweist, Embolien hervorrufen, einen Nachteil dieser Mittel und es ist daher der Ersatz des unlöslichen Präparats durch ein lösliches zu begrüfsen.

Aufser NEISSER haben bisher HOFFMANN[3] aus der Düsseldorfer Klinik und HAUCK-Erlangen[4] ihre sehr günstigen Erfahrungen über Asurol mitgeteilt. Nach HAUCK bewährte sich das Asurol „in seinen therapeutischen Versuchen als recht wirksames Antisyphilitikum; floride syphilitische Erscheinungen verschwanden gewöhnlich rasch nach den ersten Injektionen, jedoch erwies sich — wie bei fast allen löslichen Hg-Salzen — die Wirkung nicht als nachhaltig und es wurden mehrmals sehr rasch eintretende Rezidive beobachtet". HAUCK spricht sich daher für eine Kombination des Asurol mit unlöslichen Quecksilberpräparaten (Oleum cinereum) aus.

Wir haben das Mittel in 68 Fällen angewendet. Es kam uns darauf an, einzig und allein die Wirkung des Asurol zu studieren. Irgendeine Kombination mit einem anderen Präparat wurde daher bei uns nicht vorgenommen. Auch von jeglicher lokaler Therapie wurde in vielen Fällen Abstand genommen.

Nachdem die Injektion von 1 ccm einer 5%igen Lösung (jeden zweiten Tag eingespritzt) keinerlei Nebenerscheinungen gezeitigt hatte, gingen wir später zu höheren Dosen über, indem wir jeden zweiten Tag 2 ccm einer 5%igen Lösung — meist den sterilen Ampullen entnommen —

---

[1] NEISSER, Asurol, ein neues Quecksilbersalz zur Syphilisbehandlung. *Therap. Monatsh.* XXIII. Jahrg. Dez. 1909.

[2] EPSTEIN, Über die Häufigkeit der Lungenembolien nach Injektionen ungelöster Hg-Präparate. *Arch. f. Derm. u. Syph.* Bd. 40.

[3] HOFFMANN, Über Asurol zur Syphilisbehandlung. *Med. Klinik.* 1910. Nr. 27.

[4] HAUCK, Neuere Forschungsergebnisse auf dem Gebiete der Syphilis. Vortrag im ärztlichen Bezirksverein Erlangen. Ref. *Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 27.

injizierten. Unsere Gesamtresultate lassen sich dahin zusammenfassen, daſs tatsächlich das Asurol in fast allen Fällen auſserordentlich günstig auf syphilitische Erscheinungen einwirkte, dieselben relativ rasch zum Schwinden brachte und nur in seltenen Fällen Nebenerscheinungen im Gefolge hatte. Es wurden die verschiedensten Stadien des syphilitischen Prozesses herangezogen: Primäraffekte, teils noch ohne, teils bereits mit Exanthem, die mannigfaltigsten Exanthemformen, Papeln in verschiedenster Ausdehnung, Schleimhauterscheinungen und schlieſslich auch tertiäre Prozesse. Die Zeit bis zum Eintritt des Erfolges war verschieden. Im allgemeinen läſst sich nach unseren Beobachtungen behaupten, daſs tatsächlich ganz in Übereinstimmung mit HOFFMANN zumeist ein recht schneller Erfolg zu konstatieren war. Es soll auch nicht geleugnet werden, daſs wir hin und wieder den Eindruck hatten, als ob das lösliche Asurol bei vereinzelten syphilitischen Individuen besonders schnell wirkte, im allgemeinen aber dürfte doch bezüglich der Zeitdauer des Eintritts des Erfolges ein Überwiegen der Asurolwirksamkeit gegenüber der des unlöslichen Hydrargyrum salicylicum nicht zu konstatieren sein. In einzelnen Fällen kann die Dosis zwecks Beschleunigung der Wirkung ohne Gefahr von 2 auf 3 ccm erhöht werden, ein Beweis für die Tatsache, daſs die Toleranz der verschiedenen Individuen gegenüber dem Quecksilber eine auſserordentlich verschiedene ist.

Was die Nebenerscheinungen anbetrifft, so spielt auch hier die Individualität eine groſse Rolle. Männer vertrugen das Asurol viel besser als Frauen, doch wurde auch gelegentlich bei Männern Empfindlichkeit, namentlich den ersten Injektionen gegenüber, beobachtet. Bezüglich der lokalen Erscheinungen in der Glutäalgegend nach den Injektionen verdienen zwei von unseren Fällen eine besondere Erwähnung. In dem einen Falle trat jedesmal nach Injektion eine bis handtellergroſse, gerötete, ödematöse Schwellung in der Glutäalgegend auf. Diese Reaktion wurde immer rasch durch feuchte Verbände zum Schwinden gebracht. Es wurde dieses Phänomen achtmal bei Injektionen beobachtet; leider wurde der Versuch, statt des Asurol das unlösliche Salicylquecksilber zu versuchen, vereitelt, da die Patientin das Krankenhaus plötzlich verlassen muſste. Bei dem anderen Fall, bei dem stark hypertrophische Papeln nur auſserordentlich langsam durch Asurolinjektionen beeinfluſst wurden, gab die Patientin nach jeder Einspritzung an, am Applikationsorte Schmerzen zu verspüren. 14 Tage nach der letzten, der 16. Injektion (à 1 ccm), entwickelte sich ein etwa walnuſsgroſser Absceſs, der sich spontan öffnete und in wenigen Tagen wieder zuheilte. In dem exprimierten Eiter lieſsen sich Quecksilberkugeln mikroskopisch nachweisen. Diese beiden Beobachtungen zeigen, daſs auch bei Asurol gelegentlich Infiltration, ja Absceſsbildung vorkommen kann. Die bereits von NEISSER erwähnten kolikartigen

Schmerzen konnten auch wir in einzelnen Fällen konstatieren, bei den Frauen häufiger als bei den Männern. Bei einigen Patienten traten die Schmerzen nur bei der ersten Injektion auf, bei einzelnen, durchweg Frauen, dauerten die Leibschmerzen während der ganzen Asurolkur an. Durch diesen Umstand, der ja ein Aussetzen der Asurolinjektionen bedingt, wurde naturgemäſs eine Verlangsamung der Kur herbeigeführt.

Stomatitis kam äuſserst selten zur Beobachtung. Eine Einwirkung auf die Nieren war nie nachzuweisen. Wenn Hoffmann angibt, daſs sich ihm das Asurol besonders bei einem Fall maligner Lues bewährt hat, so dürfte ihm diese einzige Beobachtung doch kaum die Berechtigung geben, das Asurol fast in gleiche Linie mit dem Kalomel zu stellen. Auch wir sahen oft einen Rückgang der tertiären Erscheinungen nach Asurol, konnten uns aber von einer Wirksamkeit des Asurol, ähnlich der des Kalomel, in keiner Weise überzeugen, ja muſsten in einem Falle von maligner Lues, nachdem Asurol ohne genügende Einwirkung gewesen war, zu dem Kalomel unsere Zuflucht nehmen.

Die Rezidive blieben in unseren Fällen nicht aus. Es scheint da kein Unterschied zwischen dem Asurol und dem Hydrargyrum salicylicum zu bestehen. Der gröſste Teil der Patienten kam uns zwar nach der Entlassung aus den Augen, aber einzelne sahen wir nach kurzer Zeit mit Rezidiven ins Krankenhaus wiederkommen. Die Rezidive betrafen allerdings ausnahmslos solche Fälle, die nach dem Schwinden der Symptome sofort sich einer weiteren Behandlung durch Austritt aus dem Krankenhause entzogen hatten, während uns bei denjenigen Patienten, die auch nach dem Schwinden der Symptome noch weiter injiziert wurden, also eine stärkere Asurolkur durchmachten, bisher kein Rezidiv zu Gesicht kam. Indes bin auch ich der Anschauung, ganz in Übereinstimmung mit Neisser, Hoffmann und Hauck, daſs die Asurolbehandlung einer Ergänzung durch Injektion unlöslicher Hg-Präparate bedarf.

Wir sind der Überzeugung, daſs das Asurol zweifellos eine Bereicherung unseres antiluetischen Medikamentenschatzes darstellt. Seine Bedeutung dürfte, abgesehen von der Beseitigung der Emboliegefahr, wohl auch darin liegen, daſs es in einzelnen Fällen das Hydrargyrum salicylicum ersetzen und auch übertreffen kann. Durch die Einführung des Asurol haben wir ein einfaches Mittel, welches bei der intermittierenden Behandlung der Syphilis gelegentlich an Stelle des Hydrargyrum salicylicum angewandt werden kann, da ja bei der verschiedenen Empfindlichkeit der Patienten den einzelnen Präparaten gegenüber ein Wechsel in den Präparaten und in der Applikationsform zweckmäſsig ist. Daſs das Asurol das Hydrargyrum salicylicum ganz verdrängen wird, erscheint mir fraglich, zumal der Preis des Asurol hierbei schon ein Hindernis darbieten dürfte.

Versammlungen.

Berliner Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 14. Februar 1911.

Originalbericht von Dr. FELIX PINKUS-Berlin.

1. WEISS demonstriert zwei Fälle von **extragenitalen Primäraffekten.** Der eine saſs am Hinterkopf eines ganz kleinen Kindes (zurzeit zehn Wochen alt), der andere am Unterlid einer älteren Frau. Daneben bereits starkes papulöses Exanthem. Weiterhin zeigt er die Moulage eines Primäraffekts innen am Oberlid, durch Anspucken entstanden.

2. H. ISAAC demonstriert einen ausgedehnten, zum Teil hämorrhagischen **Hautsarkomfall,** der durch drei Einspritzungen mit Salvarsan ganz erheblich gebessert worden ist.

Diskussion: STICKER demonstriert einen Hund, dessen Impfsarkome durch Salvarsan vollständig verschwunden sind.

3. HOFFMANN demonstriert ein 18jähriges, etwas imbezilles Mädchen mit **DARIERscher Dermatose.** Die mikroskopischen Präparate zeigen wunderschöne typische Veränderungen, namentlich Corps ronds.

4. WOLLENBERG demonstriert eine 76jährige Frau mit **Acanthosis nigricans,** namentlich der Genitalgegend.

5. Diskussion über den Vortrag von W. FRIEDLÄNDER und REITER (Juli 1910): **Über Vaccinebehandlung blennorrhoischer Komplikationen.**

BLASCHKO empfiehlt die Behandlung, SCHINDLER gleichfalls, wenn auch die Erfolge inkonstant sind und lokale Therapie nicht entbehrlich machen. E. LESSER hat in zwei Fällen von blennorrhoischem Rheumatismus gute Erfolge gehabt, während ein Fall versagte. REITER und FRIEDLÄNDER wiederholen ihre theoretischen und praktischen Ergebnisse, die Wirkung wird vor allem bei abgekapselten Herden erzielt.

6. Diskussion über den Vortrag von WOLFF-EISNER (Januar 1911): **Lokale Tuberkulinreaktion oder Subcutaninjektion für die Diagnose des Lupus und der Tuberkulide.**

WOLFF-EISNER demonstriert **PIRQUETsche Reaktionen an gesunden Hautstellen und Lokalreaktion im Lupusherd** an Fällen der dermatologischen Universitätspoliklinik. PINKUS bestätigt die von WOLFF-EISNER vorgetragenen Impfresultate nach eigenen Versuchen.

7. BLASCHKO demonstriert einen Fall von juckender Hyperkeratose der Volae manus nebst scharfumschriebenen bräunlichen Veränderungen am Handrücken und Vorderarm. Er läſst die Diagnose offen, möchte den Fall dem **Lichen planus** zurechnen.

Diskussion: ARNDT spricht den Fall als Neurodermitis chronica an.

Fachzeitschriften.

The British Journal of Dermatology.

Dezember 1910.

Ein Fall von blennorrhoischer Keratosis, von A. Winkelried Williams. Diese Hautkomplikation der Blennorrhoe kommt nur im Zusammenhang mit allgemein blennorrhoischer Septikämie oder Pyämie, d. i. mit blennorrhoischer Arthritis oder Tendovaginitis vor. Auch im vorliegenden Fall war vier Wochen nach Beginn der Harnröhrenblennorrhoe eine Kniegelenks-, später noch eine Fuſsgelenksentzündung aufgetreten. Vier Tage nach letzterer entwickelten sich harte, hornartige Stellen am linken, wenige Tage später am rechten Fuſs und eine Woche später an den Händen (Innenfläche). Blennorrhoische Keratosis wird gewöhnlich in zwei Typen beschrieben, welche beide im vorliegenden Falle vorhanden waren: 1. Diffuse Verdickung der Hornschicht der Fuſssohle und 2. Entwicklung durchsichtiger, gelber, horniger Auswüchse, meist an Händen und Füſsen, aber auch an anderen Körperstellen. In den meisten Fällen erfolgt, wie auch in dem vorliegenden, spontane Heilung durch allmähliche Abschuppung der Hornmassen, wonach rötliche gefärbte Stellen noch längere Zeit auf der Haut zurückbleiben. Mit Abbildung der Hautaffektion (an den Füſsen) und Literaturangaben.

Epidermolysis bullosa, von S. W. Allworthy. Der von A. beobachtete Fall betraf einen elfjährigen Knaben, bei dem das Leiden oder der abnorme Zustand der Haut offenbar, wie A. annimmt, intrauterin sich entwickelt hat. Der Hauptsitz der Blasen war an den Vorderflächen beider Beine von den Knien abwärts, ferner waren an beiden Ellenbogen solche vorhanden und sollen von Zeit zu Zeit am Nasenrücken Blasen aufgetreten sein, deren Narben kaum sichtbar sind. Syphilis ist anamnestisch bei dem sonst ganz gesunden Knaben nicht nachzuweisen, ebensowenig in der Familie irgend ein ähnliches Hautleiden. Epidermolysis bullosa wird im allgemeinen für ein angeborenes und in vielen Fällen ererbtes Leiden angesehen; ätiologisch nimmt man als Hypothese an, daſs angeborene Veränderungen in der Zellstruktur zu erhöhter Gefäſsirritabilität führen, so daſs traumatische und toxische Einflüsse leicht Keratolysis und andere trophische Störungen hervorrufen können. Mit Abbildungen.

Die Funktionen der Haut, von S. Pembrey. (Fortsetzung.) *Stern-München.*

The Journal of cutaneous diseases including Syphilis.

November 1910.

Bakteriotherapie bei gewissen Hautkrankheiten, von M. F. Engman-St. Louis. E. wandte Staphylokokken-Suspensionen bei folgenden Arten von Krankheiten an: Dermatitis und Ekzema verschiedener Typen (32 Fälle), Furunkulosis (27 Fälle), Folliculitis (26 Fälle), Sykosis (12), Impetigo contagiosa (13), Rosacea (7), Akne varioliformis (7 Fälle) u. s. f. und erzielte besonders in hartnäckigen Fällen von Ekzema und Furunkulose teilweise glänzende Resultate. Die Hauptschlüsse seiner Arbeit, der als anschaulicher Beleg dieser Resultate einige Abbildungen beigegeben sind, lauten folgendermaſsen: Bei allen Arten von Vaccinebehandlung soll die Anfangsdosis eine kleine (50—100 Millionen) sein, und auch weiterhin sind kleine Dosen am besten. Plötzliche Erhöhung der Dosen ist immerhin gefährlich. Stockvaccine

ist sehr brauchbar und kann in den meisten Fällen angewandt werden, autogene sind dann zu verwenden, wenn letztere versagen. Der opsonische Index hat sich als zu wenig zuverlässig erwiesen und ist nicht notwendig, vielmehr hat E. die besten Resultate nach den klinischen Indikationen erzielt. Die Bakterienvaccine-Therapie wird aber in einem gewissen Prozentsatz der Fälle versagen. Sie ist angezeigt bei Krankheiten der Haut, die auf spezifischen Mikroorganismen beruhen. Die Bakterien-Aufschwemmungen (Suspensionen), welche zu therapeutischen Zwecken dienen, können nicht rasch hergestellt und dürfen nicht in sorgloser Weise angewandt werden, da nur genau eingehaltene Technik guten Erfolg verbürgt. Verfasser erwähnt schliefslich, dafs die Firmen Parke, Davis & Co. und K. Mulford & Co. ihn in freigebiger Weise mit den verschiedenen Vaccinen versorgten.

Vaccinetherapie, auf Hautkrankheiten angewandt, von T. Caspar Gilchrist-Baltimore. G. erklärt die Vaccinetherapie für ein aufserordentlich wertvolles Hilfsmittel bei der Behandlung der Hautkrankheiten. Die Staphylococcus albus-Vaccine ist von zweifellos grofsem Werte bei der Behandlung aller pustulösen Hautaffektionen, speziell aber nach Gs. eigener Erfahrung, aus welcher er hier einige Fälle näher beschreibt, bei der Behandlung wiederholt auftretender Furunkulose, bei Staphylococcus-Dermatitis, bei Sykosis vulgaris, manchen Formen von Ekzema, Rosacea (pustulosa) und Akne (mit sekundärer Staphylokokken-Infektion), ferner bei Erythema multiforme, speziell der rezidivierenden Blasenform, bei Dermatitis herpetiformis und Pityriasis rosea. G. steht nicht an, die Vaccinetherapie stets dann zu empfehlen, wenn die Krankheit den gewöhnlichen Behandlungsmethoden nicht weicht. Die Bacillus-Akne-Vaccine erwies sich speziell bei der Behandlung der chronischen, mit Knotenbildung verbundenen Arten von Akne vulgaris in vielen Fällen als Heilmittel (mit 7—10 wöchentlich zu wiederholenden Injektionen, beginnend mit 5 und aufsteigend bis zu 30 Millionen Bakterien).

Vaccinetherapie bei der Behandlung von Hautkrankheiten am allgemeinen Massachusettskrankenhause, von Harvey P. Towle-Boston und George P. Lingenfelter-Denver. T. und L. fassen ihre ziemlich reichlichen Erfahrungen folgendermafsen zusammen. Die scheinbar besten Resultate wurden bei Karbunkel erzielt; zieht man jedoch die (lange) Behandlungszeit in Betracht, so kann man füglich bezweifeln, ob die Erfolge der Vaccinetherapie den durch die älteren chirurgischen Methoden erzielten überlegen sind. Bei der Behandlung der Furunkulose, die bekanntlich für besonders geeignet zur Vaccinebehandlung erklärt wird, sind die Zahlen von T. und L. nicht besonders ermutigend, wenn man die Dauer der Behandlung, die Mifserfolge und die Zahl der Rückfälle in Betracht zieht. Bei Akne stimmen sie mit der allgemeinen Ansicht überein, dafs die Staphylokokkenimpfungen zeitenweise eine vorhandene Sekundärinfektion abklären, aber auf den Verlauf der Krankheit selbst nur wenig Einflufs haben. Bei Lupus vulgaris empfiehlt sich zweifellos die Behandlung der Schleimhäute mit dieser Impfmethode, aber keineswegs der Hautveränderungen. Im allgemeinen lauten die Schlufsfolgerungen der beiden Verfasser nicht so günstig für die Vaccinetherapie, wie sie in den zwei vorhergehenden Arbeiten niedergelegt sind; die Erfolge sind keine genügend grofsen und die älteren, wohl erprobten Methoden zu überragende, als dafs dieselben völlig zu verlassen wären. Die Vaccinebehandlung scheint vielmehr ein wertvolles Unterstützungsmittel der letzteren, als eine spezifische Therapie zu sein. Vielleicht kann die Zukunft bei genauerer Kenntnis der Vaccinewirkung uns noch Fortschritte in dieser Therapie bringen.

In der Diskussion, die sich im Anschlufs an diese drei Arbeiten (auf der 34. Jahresversammlung amerikanischer Dermatologen, Washington, 3.—5. Mai 1910) entspann,

waren die Ansichten ebenfalls ziemlich geteilte: auf der einen Seite enthusiastische Empfehlung der neuen Methode, auf der anderen wohl Anerkennung der von manchen erzielten Erfolge, aber doch eine grofse Anzahl eigener Mifserfolge oder wenig guter Erfahrungen.

In der Replik versuchte GILCHRIST auf Grund seiner an 300 Fällen gemachten Erfahrungen die verschiedenen, gegen die Vaccinetherapie gemachten Einwände zu widerlegen und ENGMAN hob vor allem die Wichtigkeit richtiger Technik bei dieser Behandlungsmethode hervor.

Lichen nitidus, von RICHARD L. SUTTON-Kansas City. Der Fall, welchen S. beobachtete, betraf einen 35jährigen, unverheirateten Mann (Eisenbahnagenten), der sich stets guter Gesundheit erfreut hat und das Hautleiden, das keinerlei subjektive Symptome hervorrief, erst vor etwa Jahresfrist bemerkte. Von den flachen, glänzenden, stecknadelkopfgrofsen Papelchen safsen je an beiden Seiten der Brust unterhalb der Achselfalten je ein ovaler Herd, (von 20 resp. 30 Papeln), um den Nabel ein rundlicner (von ca. 80 oder mehr Papeln), je an der Vorderfläche des Vorderarmes und vor allem an den Beugeseiten beider Handgelenke und der Daumen (je 300—350 Einzeleffloreszenzen an beiden Händen). Die Verteilung des Ausschlages ist eine ausgesprochen symmetrische und erinnert in hohem Mafse an manche Fälle von Lichen planus, der Sitz ist hier im Gegensatz zu den seit PINKUS (1901) beschriebenen Fällen von Lichen nitidus nicht die Genitalgegend; die Tuberkulin-Reaktion (PIRQUET) war eine ausgesprochen positive, die WASSERMANNsche negativ. S. fafst den Lichen nitidus als eine chronische, papulöse Hautkrankheit, wahrscheinlich tuberkulösen Ursprungs, auf, die durch kleine, schmerzlose, fleischfarbige Effloreszenzen, welche keinerlei Neigung zu Gruppierung zeigen und niemals konfluieren, charakterisiert ist. Histologisch ist die Effloreszenz ein Granuloma (kein Tuberkel), welches an der Spitze einer Papille entsteht, bei ihrem allmählichen Wachstum den Linien der geringsten Resistenz folgt, nach aufwärts in die Epidermis hineinwuchert und alle durch Druck oder Zellwucherung vorstehenden Zellmassen einschliefst. Die Heilung erfolgte im vorliegenden Falle durch Salicyl-Resorcin-Vaselin, abwechselnd mit benzoesaurer Zinkoxydsalbe, in weniger als Monatsfrist. Mit drei Abbildungen.

Ein Fall von Dermatitis vegetans, von KING SMITH-Toronto. Bei dem 50jährigen Patienten datiert die Krankheit etwa vier Jahre zurück, hat im Munde mit Blasen begonnen und sich späterhin in Form von Blasen auf die Leistengegend ausgedehnt. In Anbetracht all der Symptome, des grofsen Reizzustandes (heftiges Jucken), der Bläschen- und Blasennatur während des ersten Anfalles und des späteren Auftretens von Vesikeln in der Leistengegend dachte S. zuerst an Dermatitis herpetiformis, wogegen aber die mangelnden Gruppierungen der Effloreszenzen und Eosinophilie sprachen. Er kam im weiteren Verlaufe der Beobachtung zu obiger Diagnose, wobei das Hautleiden durch Sekundärinfektion von der Pyorrhoea alveolaris aus entstanden ist; die Blutuntersuchung während des letzten Anfalls hat auch die Anwesenheit des Staphylococcus pyogenes albus ergeben. Extraktion des kranken Zahnes brachte bald Besserung der Mundaffektion, ebenso wie Allgemeinbehandlung mit tonischen Mitteln und lokale des Hautleidens mit gleichen Teilen Orthoform- und Aristolpulver auch letzteres allmählich zum Schwinden brachte. Mit einer Abbildung.

Ein Fall von Skrophuloderma, mit Röntgenstrahlen behandelt, von ALFRED G. NADLER-New Haven. Der Fall betraf einen siebenjährigen Knaben, bei dem die unter dem rechten Kieferwinkel sitzende Geschwulst bereits eine umfangreiche Operation erfordert hatte, aber rezidivierte; die mikroskopische Untersuchung hat einerseits tuberkulöses Drüsengewebe, andererseits Rundzelleninfiltration, einem Sarkom ähnlich, ergeben. N. stellte nach dem Rezidive. das eine mit Geschwürsmassen und Granu-

lationen bedeckte, von hochgradig infiltriertem Gewebe umgebene und den ganzen Kieferwinkel vom Ohr bis zum Schlüsselbein reichende häfsliche Geschwulst darstellte, die Diagnose Skrophuloderma und empfahl die Behandlung mit X-Strahlen. Nach 14 Sitzungen waren Geschwür, Infiltration usw. völlig verschwunden und nur eine unregelmäfsige gezackte Narbe übrig geblieben; später stellte sich Hypertrophie dieser Narbe ein, welche durch weitere 16 Sitzungen völlig beseitigt wurde, so dafs nur mehr eine lineare, etwas gekrümmte Narbe ohne irgend welche Randerhebung zurückblieb. Der Fall illustriert die Bedeutung der Röntgenstrahlen bei malignen, nicht operablen Affektionen und hypertrophischem Gewebe, ebenso zeigt er, dafs die Strahlenwirkung noch lange nach Aussetzen der Behandlung anhält.

Dezember 1910.

Die Natur des Augenlid-Xanthoma, von S. POLLITZER-New York. P. erklärt das Xanthelasma (Xanthoma planum palpebrarum) für eine gutartige, aus Entartung von Muskelgewebe hervorgegangene Geschwulst, die in gar keiner Beziehung zum Xanthoma tuberosum steht. Als Beweis des myogenetischen Ursprungs des Xanthelasma führt er an: 1. Fehlen irgend welcher klinischer Erscheinungen eines Tumors; 2. das ausschliefsliche Auftreten in den Augenlidern, wo spezielle Muskelverhältnisse vorliegen; 3. die symmetrisch vorkommenden Herde an den Lidrändern; 4. die gewöhnlich festgestellte Anordnung in länglichen Bündeln, deren Längsaxen parallel mit dem Verlaufe der Orbicularisfasern sind; 5. die gewöhnlich erst im mittleren Lebensalter, wenn degenerative Prozesse mit Vorliebe entstehen, vorkommende Entwicklung; 6. das spezifisch gelbe Pigment, eine unabänderliche Begleiterscheinung von Muskeln, welche fettiger Entartung unterliegen; 7. das Verschwinden des gröfseren Teiles des normalerweise in der befallenen Gegend vorhandenen Muskelgewebes und schliefslich 8. die mikroskopische Struktur des Gewebes selbst. Kurz, Xanthelasma ist das Produkt einer speziellen Fettdegeneration von Muskelfasern der Augenlider. Es gehört nicht den Neubildungen, sondern den Degenerationen wie die kolloide Entartung der Haut zu. Mit (teils farbigen) Abbildungen über den mikroskopischen Befund und Erklärungen hierzu.

Krebs bei Teerarbeitern, von JAY FRANK SCHAMBERG-Philadelphia. Verfasser beschreibt unter Anführung von fünf Fällen, die Leute im Alter von 40—60 Jahren betrafen, diese mit dem Kaminkehrer- oder Tabakkauernkrebs verwandte epitheliale Entartung. In den beobachteten Fällen safsen die von Stecknadelkopf- bis Fingernagelgröfse variierenden, ulcerierenden oder mit Krusten bedeckten oder auch warzenähnlichen Gebilde (auf gerötetem Hautuntergrunde) nur am Vorderarm und Handrücken und am Skrotum. Eine bemerkenswerte Eigenschaft fand SCH. beim Teerkrebs, nämlich die Tendenz zu spontaner Rückbildung, so dafs die Patienten ziemlich indifferent gegen ihr Leiden sind und nur selten den Arzt aufsuchen, ähnlich wie es mit dem Kaminkehrerkrebs (am Hoden) der Fall ist. Trotzdem ist schon über Todesfälle berichtet worden, die durch den Teerkrebs direkt verursacht worden sind. Metastasen in den Lymphdrüsen sind relativ selten, gewöhnlich sind die benachbarten Drüsen entzündlich geschwollen und verschwindet die Schwellung mit jener der Hautgeschwulst. Teer- und Paraffinkrebs sind allem Anschein nach ernsterer Natur, als der Rufs-(Schornsteinfeger)-Krebs. Teer und verwandte Produkte neigen dazu, eine Hautcarcinose hervorzurufen und Proliferations- und Degenerationsveränderungen können ganz allmählich sich einstellen, ohne das besonders deutliche klinische Erscheinungen vorhanden wären. Nach der Literaturzusammenstellung von SCHAMBERG betrafen von 24 Fällen Kaminkehrerkrebs 19, von 22 Fällen Teer- und Paraffinkrebs 17 das Skrotum; von ersteren endeten 4, von letzteren 7 tödlich. Eine genaue Statistik ist jedoch nicht möglich, da viele Fälle weiterer Beobachtung sich entziehen.

Mit Literaturübersicht und Abbildungen über den makroskopischen und histologischen Befund (der hier beschriebenen Affektion).

In der anschließenden Diskussion (auf der 34. Jahresversammlung der amerikanischen Dermatologenvereinigung, Washington, 3.—5. Mai 1910) hob FORDYCE als besonders wichtig für die Krebsätiologie hervor, daſs Teer, Ruſs oder Tabak primäre Epithelreizung verursachen können und daſs nicht, wie RIBBERT betont habe, diese Reizung notwendigerweise erst sekundär auf Veränderungen des Bindegewebes folgen müsse; auch scheinen die Beobachtungen nach dieser Richtung hin gegen die parasitäre Theorie der Krebskrankheit und dafür zu sprechen, daſs eine Funktion der Zelle aufgehoben und an deren Stelle vermehrte Reproduktionsfähigkeit getreten ist (wie OERTEL angenommen hat).

In seiner Replik schloſs sich SCHAMBERG dieser Ansicht (über die Entstehung des Carcinoms durch chemische Reizmittel) vollständig an, gibt aber doch zu erwägen, ob nicht irgend eine bis jetzt nicht vermutete Eigenschaft des Teers in den Skrotalfalten oder in den Hautfollikeln die Reizung oder das Carcinom hervorrufe, worüber jedenfalls weitere Untersuchungen anzustellen sind.

Granuloma pyogenicum, von UDO J. WILE-New York. W. unterzieht sich auf Grund von zwei selbst beobachteten Fällen der verdienstvollen Aufgabe, die Lehre von der beim Menschen beobachteten Botriomykosis einer gründlichen Revision zu unterziehen und kommt unter Berücksichtigung der einschlägigen Literatur zu folgenden Schlüssen: 1. Die ganze Gruppe der sogenannten Pseudo-Botriomykosis, Granuloma simplex, Granuloma telangiektoides und Granuloma pyogenicum kann in eine Klasse rubriziert und als gewöhnliches Granulationsgewebe, das aus noch unerforschten Gründen in der ungewöhnlichen Form einer Geschwulst auftritt, angesehen werden. 2. Der ätiologische Faktor ist nicht ein Pilz, sondern wahrscheinlich der Staphylococcus aureus, vielleicht auf einem wenig geeigneten Nährboden oder in abgeschwächter Form. 3. Die histologischen Veränderungen sind die gleichen für alle Formen, wobei geringe Unterschiede nur bezüglich des Grades der Gefäſsbildung und Entzündung bestehen. 4. In keinem Falle besteht irgend ein Zusammenhang zwischen diesen Geschwulstbildungen und den Schweiſsdrüsen. 5. Wenn auch niemals bösartig, so neigen diese Gebilde doch zu Rückfällen, wenn nicht Kauterisation der Basis vorgenommen wurde. 6. Die Therapie besteht in gründlicher Exzision und Kauterisation und 7. Granuloma pyogenicum erklärt W. als die beste Bezeichnung für die ganze Krankheitsgruppe. Mit (3) Farbenbildern über den histologischen Befund.

Stern-München.

Verhandlungen der Royal Society of Medicine.

Bd. IV, Nr. 1.

Sitzung vom 20. Oktober 1910.

Atrophodermia striata et maculata im Verein mit Phthise und Lichen scrophulosorum, von H. G. ADAMSON. Es handelte sich um einen 38jährigen Geistlichen, bei welchem die als Lichen scrophulosorum zu diagnostizierende Affektion seit mehr als sechs Jahren in Form von zahllosen kleinen Läsionen am ganzen Rumpf bestanden hatte. Auſserdem fanden sich jetzt zahlreiche atrophische Streifen und Flecke am ganzen Stamm.

Photogramme von einem Falle von Atrophia maculosa cutis, von H. G. ADAMSON. Die histologische Untersuchung der affizierten Hautgebiete ergab einesteils eine erhebliche Zellinfiltration in der Umgebung der Blutgefäſse und andernteils ein komplettes Fehlen des elastischen Gewebes.

Syphilitisches Keloid bei einem 47jährigen Manne, von G. W. DAWSON. Die Infektion hatte vor 17 Jahren stattgefunden; antisyphilitische Behandlung bewirkte prompt eine erhebliche Besserung der sehr ausgebreiteten, wenn auch oberflächlichen Keloidbildung.

Lichen annularis bei einem 40jährigen Manne, von G. W. DAWSON.

Fall von multiplen Tumoren am Gesicht, von G. W. DAWSON.

Eigentümliche Affektion der Sprunggelenke bei einem 18jährigen Burschen, von G. W. DAWSON. Die mit ziemlich erheblichen Schmerzen verknüpfte Affektion war charakterisiert durch Pigmentierung im Verein mit einer geringen Teleangiektasie und der Entwicklung von durchsichtig aussehenden Narben.

Ein Fall von Sommerausschlag, von J. E. DORE. Die Haut am Gesicht und den Händen des 55jährigen Mannes, der 17 Jahre auf Cypern gelebt hatte, war verdickt, pigmentiert, schuppig und teilweise mit Krusten bedeckt. Stellenweise hatte die Affektion Ähnlichkeit mit Lupus erythematosus.

Drei Fälle als Beispiele des Nutzens von EHRLICH-HATAS „606“, von J. E. R. MC DONAGH. Fall I betraf eine 49jährige Frau, deren Syphilis schon 30 Jahre bestanden hatte. Seit vielen Jahren hatte sie eine erhebliche Lähmung des linken Armes gehabt, und am rechten fand sich ein serpiginöses Syphilid in einer Ausdehnung von 12 × 7 cm. Nach der Injektion von 0,45 trat prompte Besserung ein. Auch gab Patientin an, dafs die früher vorhandenen Beklemmungen in der Herzgegend vollständig verschwunden seien. Fall II betraf ein an kongenitaler Syphilis leidendes 15jähriges Mädchen und Fall III einen 28jährigen Mann mit luetischer Ulceration der Nase und der Unterlippe, Fissuren der Zunge und Gummiknoten an beiden Schienbeinen.

Totaler Albinismus bei einem sechsjährigen Mädchen mit vollständigem Fehlen des Pigmentes der Haut, der Haare, der Choroidea und Iris, von J. M. H. MAC LEOD.

Fall von Lepra maculo-anaesthica, von J. M. H. MAC LEOD.

Fall von (sogenanntem) multiplem, idiopathischem Pigmentsarkom, von J. H. SEQUEIRA. Die in diesem Falle seit etwa zwei Jahren bestehende Affektion, einen 78jährigen Mann betreffend, ist nach S. nicht als sarkomatös, sondern als entzündlicher Art anzusprechen. Die von TURNBULL ausgeführte und ausführlich dargelegte histologische Untersuchung eines frisch entstandenen Knötchens bestätigt diese Auffassung.

Fall von hereditärer Syphilis, der mit EHRLICH-HATA „606“ behandelt wurde, von J. H. SEQUEIRA. Der 15jährige Knabe erfuhr durch die Behandlung eine ausgesprochene Besserung.

Atrophischer Lichen planus mit Cornu cutaneum, von A. WHITFIELD.

Blennorrhoische Keratose der Hände und Füfse, von A. W. WILLIAMS. Bei einem 21jährigen Patienten, der früher schon an Hyperidrosis und an Keratosis pedum gelitten hatte, entstand zwei Monate nach einer blennorrhoischen Infektion, die auch zu Arthritis des Knies und des Fufsgelenks führte, eine erheblichere Keratosis der Fufssohlen und dann der Handteller. Verfasser deutet dies als eine Wirkung des blennorrhoischen Virus, doch fiel die bakteriologische Untersuchung der unteren Fläche der abgelösten Hornmassen durchaus negativ aus.

Erhebliche Besserung einer mit refraktären kallösen Geschwüren der Unterschenkel verbundenen Sklerodermie durch Quecksilbersalbe, von A. W. WILLIAMS.

Epitheliom der ganzen Unterlippe und des Kinnes, das klinisch grofse Ähnlichkeit mit Aktinomykose darbot, von A. W. WILLIAMS.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Revista española de Dermatologia y sifiliografia.

November 1910.

Die chirurgischen Dermitiden und ihre medicolegale Bedeutung, von JAIME PEYRI. Der Verfasser bespricht die verschiedenen Möglichkeiten des Auftretens von Ekzem im Anschluſs an Verletzungswunden und wie sie vom Standpunkte der Schadenersatzpflicht und der Unfallversicherung zu beurteilen sind.

Gunsett-Straſsburg.

Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Band XI, Heft 3—6.

Die Gefahren der sexuellen Abstinenz für die Gesundheit, von MAX MARKUSE-Berlin. In einer überaus eingehenden Weise und mit auſserordentlich reichen Literaturzitaten sucht M. darzutun, daſs nach dem gegenwärtigen Stande der Wissenschaft und Praxis die geschlechtliche Enthaltsamkeit eine gewichtige Ursache geistiger und körperlicher Krankheiten ist.

Die Prostitutionsfrage in New York, von FREDERIC BIERHOFF. (Fortsetzung.) In diesem siebenten Kapitel seiner Arbeit bespricht B. die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten, die Quellen der geschlechtlichen Infektion und die Vorkehrungen für geschlechtlich Erkrankte in New York. Die Einzelheiten sind im Original nachzulesen.

Index bibliographicus der sexualhygienischen Literatur seit 1908, von FRITZ LOEB-München.

Die strafrechtliche Bedeutung der Geschlechtskrankheiten, von MAX HOMBURGER-Karlsruhe. (Schluſs.)

Heft 7—10.

Zur Statistik der Verbreitung der venerischen Erkrankungen, insbesondere der Syphilis in der Stadt Würzburg, von ARTUR SCHMIDT-Würzburg. Das Gesundheitsbild der Stadt Würzburg wird in bezug auf die Geschlechtskrankheiten gröſstenteils durch die geheime Prostitution beeinfluſst. Die Zahl der kontrollierten Dirnen ist im Verhältnis zur Gesamtprostitution stets nur gering gewesen. Die bisherige Art der Reglementierung ist ungeeignet, einen theoretisch zu erwartenden Erfolg bezüglich der Verminderung der Geschlechtskrankheiten zu erbringen.

Weitere Schritte in der Frage der sexualhygienischen Erziehung unserer Schuljugend, von KARL ULLMANN-Wien. Die Regelung der Frage einer obligaten sexuellen Aufklärung der Jugend kann nicht gleichmäſsig erfolgen; sie hält in allen Ländern und Städten gleichen Schritt mit den übrigen Problemen der Erziehung und der Kultur überhaupt. Als nächstliegende Schritte fordert U. die sexualhygienische Erziehung und Ausbildung der Jugenderzieher, die möglichst breite Einführung der schulärztlichen Institute in Stadt und Land, die Durcharbeitung des gesamten Lehrstoffes nach den Gesichtspunkten des Sexualproblems zur systematischen Vermittlung in der Schule.

Die Prostitutionsfrage in New York, von FR. BIERHOFF-New York. (Schluſs.)

Rundfrage über die Geschlechtskrankheiten der Schüler an höheren Lehranstalten in Westpreuſsen, von SCHOURP-Danzig. Für viele Schüler in den gröſseren Städten Westpreuſsens kommt der aufklärende Abiturientenvortrag zu spät; dies wird bewiesen durch die Häufigkeit der Geschlechtskrankheiten bei Primanern und Sekundanern. MEIROWSKY hat zweifellos Recht mit seiner Annahme, daſs wahrscheinlich schon der fünfte Teil sämtlicher Primaner geschlechtlichen Verkehr hat.

Index bibliographicus der sexualhygienischen Literatur seit 1908, von FRITZ LOEB-München.

Schourp-Danzig.

Bücherbesprechungen.

Die wichtigsten Erkrankungen der Haut, von Eugen Galewsky-Dresden. (Vogel, Leipzig 1910.) Das Werk ist ein Bestandteil des IV. Bandes des von Pfaundler und Schlossmann herausgegebenen Handbuchs der Kinderheilkunde. Nach einer kurzen Ausführung der Physiologie, Pathologie und Hygiene der Haut folgt eine übersichtliche Zusammenstellung der gangbarsten Behandlungsmethoden, der medikamentösen wie der physikalischen. Dann bespricht der Verfasser in knapper, aber für die praktischen Bedürfnisse doch erschöpfender Weise die am häufigsten bei Kindern vorkommenden Hauterkrankungen. Neben Ätiologie und Klinik ist besonderes Gewicht auf ausführliche Darstellung der Therapie gelegt. Die akuten Exantheme und die tuberkulösen Erkrankungen fehlen, da sie gesondert abgehandelt werden. Eine besonders eingehende Beschreibung erfährt das Ekzem, besonders das Säuglingsekzem. Die Therapie ist sehr ausführlich und leicht verständlich dargestellt. G. wendet sich energisch gegen die Versuche, das Ekzem der Kinder nur innerlich und diätetisch zu behandeln und weist auf die Unentbehrlichkeit der externen Behandlung hin.

Jedem Krankheitsbilde ist die wichtigste Literatur beigefügt. Seltene Krankheiten sind kurz erwähnt. Zahlreiche Bilder und einige Reproduktionen von Moulagen ergänzen die Darstellungen aufs beste. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. *Syphilis.*

Vergleichende Studie über den Wert der serodiagnostischen Methoden bei Syphilis, von P. Niculescu-Bukarest. (*Revista stiintzelor medicale.* Okt. 1910.) Es wurden bei 100 sicher syphilitischen Patienten, von denen die meisten sich in der sekundären Periode der Krankheit befanden, serodiagnostische Untersuchungen sowohl nach der Originalmethode von Wassermann, als auch nach jenen von Bauer-Hecht, Noguchi und Porges vorgenommen, und das Resultat war, daſs verläſsliche Resultate doch nur mit ersterer zu erzielen sind. So fand N. unter den 100 untersuchten Fällen bei 90 eine positive Reaktion, während mit der Bauer-Hechtschen Methode nur 83 positive Resultate zu erzielen waren. Die Methode von Noguchi ergab zwar einen noch höheren positiven Prozentsatz (96 %), doch sind mit derselben noch nicht genügend vergleichende Untersuchungen bei anderen Krankheiten angestellt worden, um ihre Spezifizität mit Sicherheit behaupten zu können. Am wenigsten verläſslich scheint die von Porges angegebene Reaktion mit glykocholsaurem Natrium zu sein, da mit derselben nur bei 57 % der Fälle ein positives Resultat erzielt wurde. Vergleichsweise wurde mit derselben das Blutserum in mehreren Fällen von Scharlach untersucht und unter 20 Fällen 11 mal eine ebenso intensive Reaktion gefunden wie bei primärer und sekundärer Lues.

Der Verfasser hat ferner Untersuchungen angestellt, um zu sehen, ob durch eine intensive antisyphilitische Kur mit Hg die spezifische Reaktion des Blutserums negativ wird, und konnte er eine Persistenz der Reaktion sowohl bei frischen Fällen als auch bei jenen älteren, welche schon öfters Merkurialkuren durchgemacht hatten, feststellen. Ein Kriterium für den Erfolg der Behandlung gibt also die in Rede stehende Reaktion keineswegs. *E. Toff-Braila.*

Der praktische Wert der positiven Komplementbindungsreaktion bei Syphilis, von G. W. VANDEGRIFT-New York. (*Med. Record.* 26. Nov. 1910.) Nichts Neues. *W. Lehmann-Stettin.*

Versuch einer quantitativen Auswertung luetischer Sera auf die Intensität ihrer komplementbindenden Eigenschaft gegen alkoholischen Herzextrakt, von EMIL EPSTEIN-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 51.) An zehn Fällen wurden genaue Untersuchungen in der Weise vorgenommen, daſs die Sera in verschiedenen Konzentrationen dem hämolysierenden System in Gegenwart von alkoholischem Organextrakt (aus Meerschweinchenherz) hinzugefügt wurden und auf diese Weise jene Verdünnung austitriert wurde, welche durch Reaktion mit dem Organextrakt eben noch die Hämolyse hindert. Die minimale komplementhemmende Menge des Serums schwankte zwischen 0,003—0,1 (auf eine Gesamtflüssigkeitsmenge von 1,5 ccm), und zwar in deutlicher Beziehung zum klinischen Verlauf des Falles (kleinste Mengen bei auffallend schwerem Verlauf) und zur Beeinflussung durch die Behandlung.
W. Lehmann-Stettin.

Zur Serumdiagnose der Syphilis, von VIKTOR COX PEDERSEN-New York. (*New York med. Journ.* 14., 21. und 28. Mai 1910.) Die fleiſsige Arbeit, welche die Serumdiagnose sowohl auf Grund eigener Erfahrungen wie eingehenden Literaturstudiums behandelt, kommt zu folgenden Hauptschlüssen: I. Durch eine positive Reaktion allein kann man nicht auf bestehende Syphilis schlieſsen, welches auch immer das Stadium derselben sei, wenn nicht andere die Reaktion beeinträchtigende Tatsachen vorhanden sind. Negative Reaktion an sich kann Syphilis nicht ausschlieſsen und ist unter gewissen Umständen von Bedeutung. II. Fälle von Schanker ohne Spirochaeta pallida-Untersuchung, die eine positive Reaktion geben, sind möglicherweise, ja wahrscheinlicherweise bei typischem Aussehen und typischer Drüsenschwellung syphilitisch; negative Reaktion ist hier ohne Bedeutung. Positive Reaktion zusammen mit Spirochätenbefund spricht für energische Abortivbehandlung. III. Was die Bedeutung der positiven Reaktion nach energischer Behandlung betrifft, so läſst dies mit Wahrscheinlichkeit auf Unheilbarkeit, eine positive Reaktion nach stattgehabter Behandlung und früherer negativer Reaktion auf einen Rückfall schlieſsen. Im allgemeinen, je älter der Fall, um so gröſseren Wert hat die positive Reaktion. Eine sehr deutliche positive Reaktion mit vielen Symptomen bedeutet zweifellos einen hohen Grad von Infektion und von groſser Empfänglichkeit. IV. Negative Reaktion ist sehr oft trügerisch und von zweifelhaftem Werte; während der Behandlung und bei vorhandenen manifesten Erscheinungen ist sie nicht zu erklären, kommt aber gelegentlich vor, ebenso wie nach lange währender Behandlung und während eines Rückfalles. V. Schwache und mäſsige Reaktionen während der Behandlung bedeuten mit Wahrscheinlichkeit einen Nachlaſs in der Krankheitsintensität und können eine Richtschnur für die Behandlung abgeben, ebenso wie das Allgemeinbefinden, Abmagerung, Körpergewicht, Kräftezustand usw. VI. Die Beziehungen zwischen Reaktion und Behandlung scheinen ziemlich unsichere zu sein, weil, wie P. annimmt, wir so wenig von den die Reaktion bedingenden Verhältnissen im Blute wissen und damit einen zu wenig sicheren Index irgendwelcher Art für die Behandlung besitzen. Serumdiagnose kann nur einigermaſsen einen Fingerzeig für die Behandlung abgeben, wenn

man das wiederholte Auftreten und Verschwinden positiver Reaktion bei einer alten, rückfälligen Infektion verfolgen kann. Hier kann die positive Reaktion dem klinischen Rückfall vorangehen und so den Fingerzeig für die Wiederaufnahme der Behandlung abgeben. Was nun VII. die prognostische Bedeutung der Reaktion betrifft, so ist sie sicher in manchen Fällen eine sehr beachtenswerte. Eine Reaktion z. B., welche während der Behandlung anhält oder welche in ausgesprochen latenten Fällen vorhanden ist, hat zweifellos ungünstige Bedeutung. Eine wiederkehrende positive Reaktion, klinischen Erscheinungen vorhergehend oder von denselben begleitet, ist nicht von guter Bedeutung und ist von besonderem Werte bei tertiärer, speziell bei Cerebrospinalsyphilis. Eine Summe von Tabellen, statistischen Auszügen usw. ergänzen die Arbeit Pedersens, der übrigens damit fortfahren will und die Kollegen bittet, ihm ihre serodiagnostischen Erfahrungen behufs weiterer Bearbeitung mitzuteilen.

Stern-München.

Fortschritte in der Serodiagnose der Syphilis, von Howard Fox-New York. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 55, Nr. 9.) Übersichtsreferat. *Schourp-Danzig.*

Serodiagnose der Syphilis, von H. Arruga-Barcelona. (*Rev. ibero-americ. de ciencias méd.* 1910. Nr. 71.) Eine ausführliche Darstellung der Technik der Wassermannschen Reaktion und deren Ersatzmethoden. *Gunsett-Straſsburg.*

Die Serodiagnostik der Lues, von Ernst Herzfeld-Berlin. (*Klin.-therap. Wochenschr.* 1910. Nr. 51.) Beschreibung der ursprünglichen Wassermannschen Reaktion.

Schourp-Danzig.

Über den Einfluſs des Alkohols auf luetische Sera bei der Komplementbindungsreaktion, von G. Satta und A. Donati-Turin. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 29.) Die alkoholischen Extrakte zeigen beim Wassermann eine stärkere Aktivität, die, wie die Untersuchungen der Verfasser ergeben haben, durch die Einwirkung des Alkohols auf die Syphilissera zu erklären ist; doch lassen die Verfasser es vorläufig dahingestellt, welcher Natur diese Wirkung ist, ob sie auf chemischen oder physikalisch-chemischen Prozessen beruht. *W. Lehmann-Stettin.*

Die Cuorinseroreaktion zur Diagnose der Syphilis, von Y. Teruuchi und H. Toyoda-Tokio. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 25.) Seit Porges und Meier sind mit den verschiedensten Mitteln Versuche vorgenommen worden, eine einfache Ausflockungsmethode für die Serodiagnose der Syphilis dem Praktiker zu geben. Die Verfasser glauben, in dem von Erlandsen aus dem Rinderherzmuskel isolierten „Cuorin“ ein geeignetes, hochgradig spezifisches Reagens gefunden zu haben. Ausführliche Angaben über die Darstellung des Cuorins, die Eigenschaften des gebrauchsfähigen Cuorinreagens und die Ausführung der Reaktion. 41 Fälle von Syphilis mit 28 positiven Resultaten und 45 Kontrollfälle mit 4 positiven Resultaten; diese bei Carcinom, Malaria und Lepra. In 14 Fällen wurden Paralleluntersuchungen mit Wassermann vorgenommen, die in 13 Fällen Übereinstimmung zeigten. *W. Lehmann-Stettin.*

Eine Mahnung zur Vorsicht bei der diagnostischen Verwertung der Wassermannschen Syphilisreaktion, von A. Freudenberg-Berlin. (*Berliner klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 26.) Zwei Fälle, wo die Resultate verschiedener Untersucher bei dem gleichen Serum nicht übereinstimmten, und wo in einem Falle offenbar ein falsches positives Ergebnis der Wassermannschen Reaktion erzielt wurde, geben Anlaſs zu einer Kritik der Reaktion und der Untersuchungsstellen.

In der Diskussion weist Mühsam auf die möglichen Fehlerquellen hin. Es soll alkoholischer Luesextrakt verwandt werden und jedes Serum mit mindestens drei Extrakten geprüft werden. Schwach positiver Ausfall sei kein zwingender Beweis für das Vorhandensein von Lues, sondern nur zusammen mit klinischen Verdachtsgründen zu verwerten.

L. MICHAELIS weist auf das subjektive Moment bei der Beurteilung, ob positiv oder nagativ, hin. Es ist vorzuziehen, einen zweifelhaften Fall als negativ anzugeben. Alkoholischen Extrakt aus normalen Organen hält er für gleichwertig dem Luesextrakt.

FRITZ LESSER hält von den verschiedenen Resultaten das positive doch für das richtige und hat unter 5000 Fällen nur zwei- bis dreimal erlebt, daſs ein positives Resultat bei einem Gesunden sich ergab.

BLASCHKO glaubt, daſs die verschiedenen Untersucher an und für sich gleiche Resultate gehabt haben und dieselben nur verschieden gedeutet haben. Er warnt vor der Scheu, dem behandelnden Arzt zweifelhafte Resultate mitzuteilen.

TOBY COHN teilt zwei Fälle mit, einen von Tumor des Kleinhirnbrückenwinkels, einen von gleichfalls Tumorsymptomen. In beiden Fällen war die Reaktion positiv und brachte eine Hg-Behandlung zunächst symptomatische Besserung. In dem einen der beiden Fälle wurde vielleicht der günstige Zeitpunkt für die Operation hierdurch versäumt. Es ist nach seiner Ansicht die Reaktion bei Syphilophobie nicht zu empfehlen, da negative Reaktion die Zwangsvorstellungen wohl umforme, aber nicht heile, eine positive Reaktion aber ungünstig einwirke.

J. CITRON weist auf den Wert des ±-Ergebnisses hin, welches von der NEISSERschen Schule als negativ gedeutet wird. Das Ergebnis kommt auch bei Ulcus molle im Anfang, allen Infektionskrankheiten, Tumoren, Diabetes u. a. gelegentlich vor und ist nur bei Kenntnis der Anamnese und unter Vergleich früherer Reaktionen beim gleichen Individuum zu verwerten. Die von KRONER und MEYER früher einmal gemachte Angabe, daſs negative Reaktion bei cerebraler Lues relativ häufig vorkomme und differentialdiagnostisch gegen Paralyse zu verwerten sei, stimme nicht, sondern nur das entsprechende Verhalten der Reaktion der Lumbalflüssigkeit sei in dem Sinne verwertbar.

DREUW vertritt den Standpunkt, daſs eine einmalige positive serologische Untersuchung bei einer asymptomatischen Syphilis nur eine Wahrscheinlichkeit für Syphilis sei, aber keine Sicherheit. Er weist als weitere Fehlerquelle auf die Fahrlässigkeit nichtärztlicher Angestellter bei Massenbetrieb hin.

LEDERMANN gibt die Anregung, in eine Sammelforschung der WASSERMANNschen Reaktion einzutreten, eine nach ganz bestimmten Gesichtspunkten angeordnete Statistik zu machen.

WASSERMANN selbst verdammt alle Abarten der ursprünglich von ihm und seinen Mitarbeitern angegebenen Technik und führt die differenten Resultate der verschiedenen Untersuchungsstellen bei dem gleichen Serum auf Abweichungen von dieser Technik zurück.

Partielle Hemmungen sind nicht zu berücksichtigen. Lueseextrakte sind allen anderen vorzuziehen. Antikörper haben den Zweck kolloidale Moleküle, die für gewöhnlich im Organismus nicht vorkommen und die durch die Exkretionsorgane nicht ausgeschieden werden können, abzubauen, um sie assimilierbar zu machen. Bei der Lues ist eine Art von Molekül die Spirochaete. Unter deren Einfluſs tritt ein Zellzerfall ein, durch den lipoide Substanzen frei werden: eine zweite Art von Molekülen. Mit der Zunahme dieser letzteren infolge der Krankheit nehmen im Serum auch die Substanzen zu, welche den Abbau dieser lipoiden Substanz besorgen. So kommt es, daſs ein Luetiker mit normalem und mit Syphilisextrakt reagiert.

FRITZ LESSER betont, daſs das EHRLICHsche Institut und das staatliche Institut in Kopenhagen u. a., auf dessen einheitliche gute Resultate WASSERMANN hinwies, den von ihm angebenen aus normalen Herzen gewonnenen Extrakt benutzen.

Arthur Schucht-Danzig.

Die Serodiagnostik der Syphilis, von A. WASSERMANN und G. MAIER-Berlin. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 24.) Verfasser lassen die verschiedenen in der letzten Zeit vorgeschlagenen Modifikationen der Serumdiagnose Revue passieren und konstatieren, daſs bei keiner derselben das Grundpostulat der absoluten Zuverlässigkeit in der gleichen Weise erreicht wird, wie mit der Originalvorschrift. Es sei auch ein vergebliches Beginnen, eine derartige Untersuchungsmethode zum Allgemeingut der praktischen Ärzte machen zu wollen, schon aus dem einen Grunde, weil die Ausführung der Reaktion auch bei groſser Übung eine ununterbrochene Arbeitszeit von zwei Stunden erfordert. Was die von verschiedenen Autoren empfohlenen Abänderungen betrifft, so sei die Verwendung von alkoholischem Extrakt aus normalen Organen als Ersatz für den wässerigen Extrakt einer syphilitischen Leber zwar ein Notbehelf, niemals aber als vollgültiger Ersatz anzusehen. Auch sei die Inaktivierung des Serums durchaus nicht entbehrlich, wenn man auch in der Praxis bei genügender anderweitiger Kontrolle dieselbe umgehen könnte. Die Methoden VON DUNGERNS, NOGUCHIS u. a. erklären Verfasser unter Darlegung ihrer Gründe für entschieden unzulänglich. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Prognostischer Wert der negativen WASSERMANNshen Reaktion bei Syphilitikern, von A. PARIS und G. SABARÉANU. (*Gaz. d. hôp.* 1910. Nr. 79.) Die Tatsache, daſs die WASSERMANNsche Reaktion bei einem selbst lange behandelten Sekundär- oder Tertiärluetischen negativ ausfällt, hat keinen prognostischen Wert. Denn zur Zeit, in der man diese negative Reaktion erhält, können floride, luetische Erscheinungen vorhanden sein. Aucht heiſst das gar nicht, daſs der Patient nun frei von späteren Symptomen bleibt, da diese ganz kurze Zeit nach Untersuchung des Blutes auftreten können. Die negative Reaktion bei einem früher Syphilitischen bedeutet nicht einmal, daſs die Syphilis abgeschwächt ist; denn die späteren Symptome können an Stellen auftreten, die früher von syphilitischen Erscheinungen frei waren, Zeichen einer frischen Generalisation der Spirochäte. Zum Beweise dieser Tatsachen werden mehrere Krankengeschichten angeführt. *Gunsett-Straſsburg.*

Die theoretischen Grundlagen der WASSERMANNschen Reaktion, von GURARI.

Zur Frage der Vervollkommnung der WASSERMANNschen Reaktion, von MINTZ. (*Wratschebnaja Gaseta.* 1910. Nr. 28 und 29.) Während GURARIS Arbeit nur eine literarische Betrachtung ist, empfiehlt MINTZ zur Verbesserung der WASSERMANNschen Reaktion den Einfluſs des natürlichen Antihammel-Ambozeptors des Serums auszuschalten, zu welchem Zweck er vorschlägt zu 0,4 ccm des zu untersuchenden Serums bis zu 2 ccm physiologische Kochsalzlösung hinzuzufügen und dieses in dem Reagenzgläschen der Zentrifuge mit 2 ccm einer 5%igen Emulsion roter Blutkörperchen vom Hammel zu schütteln und darauf bis 37°, für eine Stunde, in den Thermostat zu stellen. *Arthur Jordan-Moskau.*

Über paradoxe Erscheinungen bei der WASSERMANNschen Reaktion, von MEIROWSKY-Cöln a. Rh. (*Med. Klin.* 1910. Nr. 24.) Paradoxe Seren sind solche Seren, die bei wiederholter Untersuchung verschiedene Resultate ergeben. Dieses Phänomen zeigt mehr als ein Viertel aller Fälle von latenter Syphilis. Verfasser folgert daraus, daſs der Ausfall der Reaktion nicht nur abhängig ist von dem Gehalt des Serums an hemmenden Reaktionsstoffen, sondern auch von der Einführung anderer Faktoren, neuer Blutkörperchen, neuen Meerschweinchenserums und eines anderen Ambozeptors, und daſs es nicht angängig ist, Intensitätsunterschiede der Reaktion festzustellen.

Der Gehalt an Reaktionsstoffen kann bei wiederholter Untersuchung stabil oder schwankend (labil) sein oder ganz fehlen. Bei paradoxen Seren ist der positive Ausfall als maſsgebend anzusehen.

Da auch mit dem besten syphilitischen Extrakt gelegentlich eine nichtspezifische Hemmung eintritt, hält Verfasser es für notwendig, eine Reaktion nur dann als positiv anzusehen, wenn sie mit mehreren Extrakten gleichzeitig einen positiven Ausfall gibt.

Arthur Schucht-Danzig.

Erweiterte Wassermannsche Methode zur Differentialdiagnose zwischen Lues cerebrospinalis und multipler Sklerose, von A. Hauptmann und H. Hössli-Hamburg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 30.) Verfasser haben eine Reihe von Versuchen ausgeführt um festzustellen, ob die vielfach konstatierten negativen Ergebnisse der Wassermannschen Reaktion mit Spinalflüssigkeit bei Lues des Zentralnervensystem darauf beruhen, dafs die Hemmungskörper im Liquor nur in geringer Menge vorhanden oder ob dieselben für gewöhnlich gar nicht darin enthalten sind. Zu diesem Zweck wurden Serien von Proben mit allmählich steigenden Mengen (0,2—0,8) von Liquor durchgeführt und fünf Kategorien von Versuchspersonen vorgenommen: normale Fälle, Fälle von multipler Sklerose, von Lues cerebrospinalis, von Tabes dorsalis und von anderen Cerebrospinalerkrankungen. In der Tat ergab es sich, dafs in etlichen Fällen von Lues die Reaktion bei Verwendung von gröfseren Mengen von Liquor positiv ausfiel, während bei Verwendung von nur 0,2 ccm ein negatives Resultat erhalten wurde. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Technik einer vereinfachten Form der Wassermannschen Reaktion, von W. d'Este Emmery-London. (*Lancet.* 3. Sept. 1810.) Mit der hier angegebenen Modifikation hat Verfasser bei 95% seiner Proben korrekte Resultate erhalten, und die Reaktion kann, wenn das nötige Material vorbereitet ist, in 10—15 Minuten ausgeführt werden. Das Verfahren stellt eine Vereinigung der Tschernogubowschen und Flemmingschen Vorschriften dar. Erforderlich sind dazu: Kaninchenserum, physiologische Kochsalzlösung und menschliche Erythrocyten, gut gewaschen in 20%iger Emulsion. Das Kaninchenserum wird präpariert durch Injektion von gründlich gewaschenen menschlichen roten Blutkörperchen in Dosen von 10 ccm einer 50%igen Emulsion in die Perinealhöhle, was mit Zwischenräumen von höchstens einer Woche zwei oder dreimal ausgeführt wird. Nach Verblutung des Tieres wird das Serum mit frischen menschlichen Blutkörperchen und Serum titriert und nach Erhitzung auf 60° C in sterilen Ampullen aufgehoben. Des weiteren sind nur eine Wrightsche Pipette, einige Reagenzröhrchen und ein Brutschrank (37°) nötig. Die genaueren Einzelheiten des Verfahrens mögen im Original nachgesehen werden. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über die sogenannten „Verfeinerungen“ der Wassermannschen Reaktion, von Carl Stern-Düsseldorf. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 24.) St. warnt davor, den positiven Ausfall der Wassermannschen Reaktion für sich allein als absolut sicheren Beweis für Syphilis anzusehen; seiner Ansicht nach gelten für die Praxis folgende Grundsätze:

1. Die Wassermannsche Reaktion ist stets nur als Ergänzung der klinischen bzw. anamnestischen Diagnose anzuwenden.

2. Auf Grund einer einmaligen Untersuchung ist in zweifelhaften Fällen bei positiver Reaktion die Diagnose Syphilis nur mit Vorsicht zu stellen, vielmehr die Reaktion nach einigen Wochen zu wiederholen.

3. Sämtliche Modifikationen der Reaktion, sofern sie grundsätzliche Abweichungen von der Originalmethodik bedeuten, sind lediglich zur Orientierung bei sicher Syphilitischen anzuwenden. Zur einwandfreien Diagnose zweifelhafter Fälle genügen die Modifikationen nicht. *Götz-München.*

Über unsere Modifikation der Wassermannschen Reaktion, von E. v. Dungern und Hirschfeld-Heidelberg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 21.) Als Entgegnung auf die von verschiedenen Autoren gegen die von den Verfassern angegebene

Modifikation der WASSERMANNschen Reaktion berichten diese über eine Serie von 94 Fällen, bei denen sie nach beiden Methoden prüften und ihr Verfahren durchaus bewährt gefunden haben. Bei 34 Fällen erhielten sie mit beiden Methoden einwandfreie positive Resultate; es handelte sich um 16 Paralytiker, 12 Fälle von sekundärer Syphilis, einen Fall von HODGKINscher Krankheit und 5 Patienten mit unbekannter Diagnose. Ausgesprochen negativ war das Ergebnis bei 48 Untersuchungen; mit dem Originalverfahren ergaben 47 derselben ebenfalls ein negatives Resultat, während ein Fall sich schwach positiv verhielt. Bei 12 weiteren Fällen trat bei der nach der Originalvorschrift (ebenso wie bei der mit der Modifikation) ausgeführten Prüfung entweder zuerst eine Hemmung und späterhin wieder Lösung ein, oder die Reaktion erfolgte nur bei einer ganz bestimmten Dosierung. Demnach wäre die neue Methode nicht nur relativ einfach, sondern auch empfindlich und zuverlässig. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Erfahrungen über die DUNGERNsche Methode der Syphilisreaktion in der Sprechstunde, von SCHULTZ-ZEHDEN-Berlin. (*Med. Klin.* 1910. Nr. 27.) Die DUNGERNsche Methode weicht von der alten darin ab, dafs statt der Blutkörperchen vom Hammel oder Rind die vom Menschen zugleich mit dem Serum genommen werden und der Ambozeptor ein Immunkörper ist, der gegen Menschenblut gerichtet ist. Er stammt von Ziegen, die mit Menschenblut vorher behandelt sind. Alle Ingredienzien sind in einem Besteck der Firma Merck enthalten. Verfasser prüfte in der Weise die Methode nach, dafs er 18 Fälle in Berliner Untersuchungsstellen nach WASSERMANN untersuchen liefs und diese Resultate mit der selbst angestellten Reaktion nach DUNGERN verglich. Alle diese Fälle zeigten Übereinstimmung. *Arthur Schucht-Danzig.*

Über weitere Erfahrungen mit der vereinfachten WASSERMANNschen Reaktion nach VON DUNGERN-HIRSCHFELD, von L. KEPINOW. (*Münch. med. Wochenschrift.* 1910. Nr. 41.) Seit der Veröffentlichung des von v. DUNGERN und HIRSCHFELD (*Münch. med. Wochenschr.* Nr. 21) verfafsten Berichtes sind im Heidelberger Institut noch weitere 150 Fälle mit der vereinfachten Methode und zur Kontrolle noch nach der Originalvorschrift untersucht worden, und es hat sich ausnahmslos eine präzise Übereinstimmung der Resultate ergeben. Verfasser bemerkt, dafs Komplementpapiere nachweislich nach elf Monaten noch wirksam waren. Es ist jedoch notwendig, die Extraktion auf mindestens eine Stunde auszudehnen, was auch für das trockene Ambozeptorserum gilt. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Eine Änderung in der Reaktionsmethode von BAUER-HECHT, von v. BUSCHILA. (*Revista stiintzelor med.* Okt. 1910.) Unter den vielen Vereinfachungen der ursprünglichen WASSERMANNschen Serumreaktion gebührt der BAUER-HECHTschen Modifikation ein Hauptplatz, doch ist auch diese in vielen Beziehungen nicht einwandfrei, namentlich aus dem Grunde, weil sie keine genaue Titrierung der Kontrollgläser hat und infolgedessen auch an Genauigkeit hinter der Originalmethode zurücksteht. Die Titrierung, welche auch dadurch erzielt wird, dafs der Kontrollröhre nach und nach Serum zugefügt wird, ist nur eine beiläufige, giebt in vielen Fällen falsche Resultate und in manchen Fällen bleiben dieselben sogar negativ, falls es sich um Systeme handelt, die sich um vieles unter oder über der Norm bewegen. Die Anwesenheit des hämolytischen Ambozeptors kann unbemerkt bleiben oder man ist genötigt sehr grofse Mengen Serum zu benutzen, auch verlangt die Methode der sukzessiven Hinzufügungen viel Zeit, denn jede neue Serummenge verlangt eine gewisse Zeit zu ihrer Sensibilisierung. Kurz, man erhält mit dieser Methode keine genauen Resultate, und man kann weder die Menge des notwendigen Materials, noch der zur Reaktion erforderlichen Zeit voraussehen. Um diese Nachteile zu beseitigen machen die Verfasser eine genaue Titrierung des hämolytischen Systems, und werden hierzu gewisse Mengen

von Lammblutkörperchen zu fixen Mengen von Serum hinzugefügt, um Lösungen von 0,5% bis 3% zu erzielen. *E. Toff-Braila.*

Die Serodiagnose der Syphilis nach Porges, von Tanton und Combe. (*Bull. méd.* 1910. Nr. 25.) Die Porgessche Reaktion ist weniger fein, aber leichter ausführbar als die Wassermannsche. Sie ist im primären und sekundären Stadium häufiger als im tertiären. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Ergebnisse der Porgesschen Luesreaktion (an 131 Fällen), von Louis Merian-Berlin. (*Med. Klinik.* 1910. Nr. 27.) Die Präzipitierungsreaktion wurde vom Verfasser nachgeprüft und mit grofser Regelmäfsigkeit bei Personen mit manifester Lues gefunden. Der Folgerung des Verfassers, dafs man sie als beachtenswertes diagnostisches Hilfsmittel betrachten müsse, kann man in Anbetracht der geringen Anzahl von Kontrolluntersuchungen normaler Seren nicht folgen. *Arthur Schucht-Danzig.*

Die Porgessche Präzipitationsreaktion bei Syphilis und Tabes, von Le Sourd und Pagniez. (*Gaz. d. hôp.* 1910. Nr 82.) Die Präzipitation wird durch Mischung des zu untersuchenden Serums mit einer 1%igen wässrigen Lösung von glycocholsaurem Natron zu gleichen Teilen erhalten. Während die Reaktion in 67,6% von Syphilisfällen positiv war, war sie es bei Tabesfällen nur in 37,2%. Die Verfasser schliefsen daraus, dafs sie für Syphilisfälle in der Praxis ganz gut verwertet werden könnte und dafs man nur in denjenigen Fällen zu der allerdings präziseren Wassermannschen Reaktion greifen müsse, wenn die Porgessche Reaktion nicht mit der klinischen Erscheinung übereinstimmt. *Gunsett-Strafsburg.*

Über die Serumreaktionen von Wassermann und Porges bei luetischen Kaninchen, von Silvio Ossola. (*Biochimica e Terapia sperimentale.* Jahrg. I, Nr. 6.) Der Verfasser verwandte ein hämolytisches System, das aus roten Ochsenblutkörperchen und Hammelserum gebildet war (hämolytisch für Ochsenblutkörperchen), als Komplement Meerschweinchenserum, als Antigen alkoholischer Meerschweinchenherzextrakt oder luetische Kaninchenleber.

Von 24 in die Haut inokulierten Kaninchen war die Wassermannsche Reaktion 18 mal, d. h. 75% positiv. Bei Kaninchen mit manifesten luetischen Symptomen stieg die Zahl auf 81%. Die Porgessche Ovolecithinreaktion ergab als entsprechende Zahl von 24 inokulierten Kaninchen 19 positive Resultate und bei Tieren mit manifesten Symptomen 80,9%. *Gunsett-Strafsburg.*

Die Serodiagnostik der Syphilis nach Noguchi, von J. G. Sleeswijk. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 26.) Sl. hat die von Noguchi angegebene Modifikation der Wassermannschen Reaktion einer Nachprüfung unterzogen und ist dabei zu folgenden Ergebnissen gekommen:

1. Bei sicherer Syphilis leistet die Methode von Noguchi nicht mehr als die Wassermannsche.

2. Unter Umständen (bei Fieber und in anderen nicht erklärten Fällen, vielleicht auch durch das Nichtaktiviertsein der Sera) treten bei der Noguchischen Methode unspezifische Hemmungen auf, die die ursprüngliche Wassermannsche Methode nicht zeigt.

3. Das Noguchische Verfahren kann daher weder als Vereinfachung noch als Verbesserung der Wassermannschen Methodik betrachtet werden; es können sich im Gegenteil bei seiner Anwendung leichter Fehldiagnosen ergeben. *Götz-München.*

Die Noguchi-Reaktion bei der Serumdiagnose, von Wilbur M. Phelps-Washington. (*New York med. Journ.* 23. Juli 1910.) Die Noguchi-Reaktion stellt eine Modifikation der Wassermannschen mit etwas vereinfachter Technik vor. N. hat gefunden, dafs genaue Resultate auch damit erzielt werden können, dafs man Antigen und Amboceptor auf Filtrierpapier trocknet und letzteres dann unter gewöhnlichen

Bedingungen sich konservieren läfst. Phelps hat mit völlig einmütigem Resultat die Antigen- und Amboceptorpapiere benutzt und beschreibt das Verfahren folgendermafsen: Hat man das Patientenserum und die notwendigen Reagentien dargestellt, so gibt man das Serum in eine Kapillarröhre und dann einen Tropfen davon in jede der beiden Reaktionsröhrchen. Zu diesem Serum fügt Ph. 1 ccm der Blutkörperchensuspension mit 4 ccm der Komplementlösung. In jedes der Röhrchen wird ein Streifen Antigenpapier, das Ganze in den Brutofen gebracht und bei 37° C eine Stunde lang belassen, nach Ablauf derselben ein Amboceptorpapier allen Röhrchen zugefügt und die Mischungen zwei Stunden lang dem Brutofen überlassen, wonach die Resultate abgelesen werden. Bei N.s Methode werden vom Menschen stammende Blutkörperchen, ebenso wie Blutserum an Stelle der Hammelblutkörperchen (Wassermanns) genommen, wodurch der Zufall eines artfremden natürlichen hämolytischen Amboceptor ausgeschaltet und die Möglichkeit gegeben ist, auch geringe Mengen eines syphilitischen Antikörpers zu entdecken. In einer vergleichenden Übersicht, welche N. mit 465 Blutproben seiner Methode und 115 der Wassermannschen gibt, führt er die beobachtete Differenz auf eine grofse Menge natürlichen Antischafamboceptors in der Patienten Sera zurück; bei ausgesprochen positiven Fällen fand sich diese Differenz nicht. Phelps hat in den letzten zwei Monaten die Nogcchi-Reaktion mit den Blutsera an 54 Patienten ausgeführt und in allen Fällen mit positiver Reaktion hat die spezifische Behandlung letztere bestätigt, während in jenen mit negativer Reaktion und suspekten Erscheinungen das Aussetzen der spezifischen Behandlung und anderweitige Therapie prompte Heilung brachte. Tabellarische Zusammenstellung dieser Fälle.

Stern-München.

Die Noguchi-Serumreaktion als Hilfsmittel zur Diagnose der Syphilis in der Augenheilkunde, von Albert E. Bulson-Fort Wayne. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 55, Nr. 3.) Empfehlung der Methode unter Hinweis auf 26 eigene Untersuchungen.

Schourp-Danzig.

Die Resultate der Noguchischen Modifikation der Wassermannschen Serumdiagnose bei Syphilis, von J. F. Waugh-Chicago. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 55, Nr. 10.) Tabellarische Übersicht über 410 nach Noguchi vorgenommene Reaktionen. In verdächtigen Fällen genügt eine einmalige Untersuchung des Blutes nicht; die Reaktion soll in sechsmonatigen Pausen wiederholt werden. In einer grofsen Zahl der Fälle ist eine zweijährige spezifische Behandlung nicht ausreichend, um dauernd eine negative Serumreaktion zu erzielen. Überhaupt ist gegen die gegenwärtige Bestrebung, die Syphilis eher zu wenig als zu viel zu behandeln, viel einzuwenden.

Schourp-Danzig.

Die Serumdiagnose der Syphilis nach der Noguchi-Methode, von William A. Groat-Syracuse. (*New York med. Journ.* 12. Nov. 1910.) G. findet Noguchis Idee, die Reagenzsubstanzen durch Eintrocknen auf Filtrierpapier zu konservieren, von grofsem praktischen Wert, zumal für die Arbeit in kleineren Laboratorien. Er hat nach dieser Modifikation die Serumdiagnose der Syphilis in 159 Fällen angewendet und fand sie positiv in den meisten Fällen von Lepra, einigen Fällen von Scharlach auf der Höhe der Krankheit, von Framboesie, Schlafkrankheit, Malaria und Lupus erythematosus; klinisch sind aber diese Affektionen meist leicht von Syphilis zu unterscheiden. Mit diesen wenigen Ausnahmen ist die Probe spezifisch. Bei aktiver sekundärer Syphilis (36 Fälle) war sie meist (34 Fälle) positiv, die Primärerscheinungen geben anfangs gewöhnlich negative und erst vor Eintritt der Sekundärperiode positive Reaktion. Aktive Tertiärsyphilis gibt mehr negative Reaktion, als alle anderen Arten von Syphilis, was zweifellos in vielen Fällen mit vorhergehender Behandlung zusammenhängt (70 % positiv). Kongenitale Syphilis gibt in 100 % positive, Gehirnsyphilis und

allgemeine Paralyse gewöhnlich positive, Tabes wahrscheinlich im akuten Stadium ebenso häufig positive Reaktion. Positive Reaktion nach genügend langer Behandlung ist Indikation für weitere Behandlung, da die Krankheit auf die Nachkommenschaft übertragbar und der Patient in Gefahr einer parasyphilitischen Affektion ist. Die Reaktion ist von großem Wert, um die Ätiologie von Krankheiten, bei welchen Syphilis als Faktor in Verdacht ist, aufzuklären und bei Fällen von Syphilis insontium.

Stern-München.

Die theoretische Würdigung und praktische Anwendung der Wassermannschen Reaktion, von D. M. Kaplan-New York. (*Amer. Journ. med. Scienc.* Juli 1910.) Die von anderen Verfassern schon erhobenen Einwände gegen die Wassermannsche Reaktion bestätigt K. aus seiner eigenen ausgiebigen Erfahrung, indem er zu dem Resultate gelangt, daſs das Verfahren nicht stricto sensu als spezifisch gelten kann. Als ein Mittel die Empfindlichkeit der Reaktion zu steigern hat sich ihm ein Zusatz von Galle zum Serum erwiesen; setzt man zu normalem Serum (0,2 ccm) von einer 1%igen Gallensuspension 2—5 ccm hinzu und behandelt nach 20 Minuten Brutschrankbehandlung (bei 37°) weiter nach Wassermann, so ergibt sich keine Hämolyse. Ferner wurde festgestellt, daſs beim Zusetzen von normalem Serum oder von Serum, daſs einem mäſsig antisyphilitisch behandelnden (negativ reagierenden) Menschen entnommen wurde, zu einem syphilitischen Serum in bestimmten Mengen keine Hämolyse entstand; dagegen ergab sich eine vollständige Hämolyse, wenn Serum von einem mit Quecksilber behandelten nicht oder nicht mehr syphilitischen Individuum in den gleichen Quantitäten zu einem positiven Serum zugesetzt wurde. Was die Exaktheit der Technik betrifft, findet K. die Noguchische Modifikation vorzuziehen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Klinischer und experimenteller Beitrag zur Wassermannschen Reaktion bei Syphilis, von Alberto-Serra-Cagliari. (*Gaz. int. d. Med., Chir., Igiene, Inter. pof. Napoli.* 1910. Nr. 27—31.) Die Resultate des Verfassers decken sich mit denen der übrigen Untersucher. *Gunsett-Straſsburg.*

Zweijährige Erfahrungen mit der Wassermannschen Reaktion, von B. C. Corbus-Chicago. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 55, Nr. 10.) Nichts Neues.

Schourp-Danzig.

Die Wassermannsche Reaktion. Eine klinische Bewertung, von D. E. Hoag-New York. (*Med. Record.* 26. Febr. 1910.) Nichts Neues. *W. Lehmann-Stettin.*

Ein Beitrag zur Wassermannschen Syphilisreaktion, von Hugo Ehrlich-Przemýsl. (*Wien. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 22.) Die Versuche des Verfassers führen zu folgenden Schluſsfolgerungen: Besitzen wir ein eingestelltes Antigen und hämolytisches Serum, so sollen wir zu jeder Wassermannschen Reaktion auch das jedesmal frisch gewonnene Komplement titrieren. Die kleinste Menge Komplement, welche in Gegenwart einer dreifachen Ambozeptoreinheit 1 ccm 5% Hammelerythrocytenemulsion in zwei Stunden bei 37° vollständig löst, wird dann zur Wassermannschen Reaktion verwandt. Diese wird dadurch empfindlicher, da sich dann jedes Quantum komplementablenkender Körper nachweisen läſst. *Schourp-Danzig.*

Über die diagnostische und therapeutische Bedeutung der Wassermann-Neisser-Bruckschen Reaktion und die Brauchbarkeit der Modifikation Hecht, von A. Gelaire, (Inaug.-Dissert. Jena 1910.) Es sei nur hervorgehoben, daſs Verfasser mit der Modifikation der Wassermann-Neisser-Bruckschen Reaktion nach Hecht recht zufrieden gewesen ist. Es kann dieselbe als zuverlässig und einfach durchaus empfehlen. *Fritz Loeb-München.*

Ein Beitrag zum Wesen der Wassermannschen Reaktion, von H. Guth-Prag. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 43.) „Da das Antigen in den Organzellen

vorhanden ist, mufs es sich bei den komplementbindenden Stoffen luetischer Sera um Reaktionsprodukte gegen Zellbestandteile handeln, welche beim Erkrankungsprozefs durch den Abbau der Zellen frei werden und zur Resorption gelangen. Bei Lues würde es dann Sache des Lueserregers sein, jene Zellveränderungen herbeizuführen, welche die Antikörperausbildung bedingen; Bestandteile des Erregers kommen für die Reaktion nicht in Betracht und selbst, wenn sie eine Antikörperbildung veranlassen sollten — was nicht unbedingt in Abrede gestellt werden soll — so spielen sie sicherlich bei der WASSERMANNschen Reaktion keine Rolle, auch bei der Benutzung wäfsriger, luetischer Organextrakte.

Wenn auch bei der Verwendung wässeriger Extrakte aus luetischen Organen gegenüber den Normalextrakten geringfügige Differenzen zustande kommen sollten, so geschieht dies sicherlich nicht auf Kosten irgendwelcher Spezifität, sondern ist auf Umstände zurückzuführen, die wir noch nicht kennen." *W. Lehmann-Stettin.*

Studien über die WASSERMANNsche Reaktion aus Laboratorium und Klinik, von FINKELSTEIN und DAWIDOW-Moskau. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 36.) Die Verfasser benutzen wässeriges syphilitisches Antigen. Sie beobachteten Abnahme der Stärke der Reaktion in Abhängigkeit von der Intensität der Kur.

Arthur Schucht-Danzig.

Über die Wirkung des Sublimats bei der WASSERMANNschen Reaktion, von MICHAEL CSIKI und ALADÁR ELFER-Klausenburg. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 24.) Aus den Versuchen der Verfasser geht hervor, dafs das in vitro durch Sublimatzusatz erfolgende Umschlagen der Reaktion eine Sublimathämolyse ist, da niemals Hämolyse eintrat, sobald die Menge des Sublimatzusatzes unterhalb der Grenze der hämolytischen Kraft des Sublimats blieb. Des weiteren wurde durch Bestimmung des Minimums der komplementbindenden Substanz vor und nach Digerierung mit Sublimat gefunden, dafs die Menge der komplementbindenden Substanz durch das Sublimat gar keine Veränderung erlitten hat, mit anderen Worten, dafs das Sublimat die komplementbindenden Substanzen nicht vernichtet hat.

W. Lehmann-Stettin.

Eine Methode der zahlenmäfsigen Bestimmung der WASSERMANNschen Reaktion, von WALTER J. HEIMANN-New York. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 54, Nr. 21.)

H. stellt die WASSERMANNsche Reaktion in graduierten Zentrifugenröhrchen an. Nach der Reaktion zentrifugiert er und liest ab, wie hoch sich die nicht gelösten Blutkörperchen abgesetzt haben. *Schourp-Danzig.*

Die WASSERMANNsche Reaktion vom Standpunkt der Praxis aus betrachtet, von J. E. R. McDONAGH-London. (*Lancet.* 2. April 1910.) Verfasser ist auch der Meinung, dafs die Serumdiagnose ein hochbedeutsames und in einzelnen Fällen praktisch wertvolles Hilfsmittel ist, wie er das des längeren auseinandersetzt.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Über den praktischen Wert der WASSERMANNschen Reaktion bei Syphilis, von GUSZMAN und NEUBER-Budapest. (*Med. Klinik.* 1910. Nr. 36.) Die Verfasser behaupten, dafs Verlauf und Behandlung der Syphilis mit dem Resultate der WASSERMANNschen Reaktion in keinem wichtigeren Verhältnis stehen. Sie beobachteten auch ihrerseits die Einwirkung der Hg-Kur auf die Reaktion, schreiben dieselbe jedoch nicht der Heilwirkung des Hg, sondern seiner Einwirkung auf den Chemismus des Organismus zu. Die Berechtigung eines Einflusses auf Prognose und Therapie der Syphilis sprechen sie der Reaktion ab. *Arthur Schucht-Danzig.*

Serodiagnose der Syphilis. WASSERMANNsche Reaktion, von JUSTIN DELISLE-New York. (*Med. Record.* 1910. Nr. 6.) Verfasser äufsert Zweifel an der Spezifität

der Spirochaeta pallida als Erreger der Syphilis; auch die Interpretation des WASSERMANN, wie sie heute geübt wird, erscheint ihm in keiner Weise einwandfrei bewiesen.

W. Lehmann-Stettin.

Die WASSERMANNsche Reaktion bei Syphilis und anderen Erkrankungen, von R. I. LEE und W. WHITTEMORE-Boston. (Publications of the Massachusetts General Hospital. Okt. 1909.) Untersuchungen an 113 Fällen; nichts Neues.

W. Lehmann-Stettin.

Aorteninsuffizienz und die WASSERMANNsche Luesreaktion, von RUDOLF KREFTING-Christiania. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 16.) Autor nimmt die Priorität bei der richtigen Beurteilung der für Lues charakteristischen Aortakrankheit für HEIBERG-Christiania in Anspruch. Die Untersuchungen an 20 Fällen zeigen, daſs die WASSERMANNsche Reaktion bei solchen Fällen gute Aufschlüsse geben kann. Ehe die Krankheit klinisch wahrnehmbar wird, müssen bedeutende anatomische Veränderungen eingetreten sein. Nur energische spezifische Behandlung bietet Aussichten auf Erfolg. *Arthur Schucht-Danzig.*

Zur Kenntnis der WASSERMANNschen Reaktion, insbesondere bei den mit Salvarsan behandelten Luesfällen, von CARL LANGE-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 36.) In der WECHSELMANNschen Abteilung werden nur wässerige Extrakte von Lebern hereditär-syphilitischer Säuglinge verwandt. Die verwendete Extraktmenge stellt den Grenzwert dar, mit dem auch noch die „schwächsten" Sera positiv reagieren, während es normale Sera nie tun. Je nach der Menge des gebundenen Komplements werden dort fünf Reaktionsstärken in positivem Sinne unterschieden, somit eine auſserordentliche Breite der positiven Reaktionsphase angenommen.

Positivwerden der vor der Behandlung mit Salvarsan negativen Reaktion wurde in wenigen Fällen beobachtet. In einzelnen Fällen wurde die nach Behandlung negative Reaktion wieder positiv mit dem Auftreten eines Rezidivs, welches klinisch unsicher auf weitere Behandlung mit Salvarsan abheilte. Hieraus schlieſst Autor auf den eminenten Wert der Reaktion für die klinische Beurteilung solcher Fälle.

In fünf negativ reagierenden tertiären Fällen zeigte sich nach der Injektion ein langsames Ansteigen der positiven Reaktion, danach später im Absinken. In einem Falle wurde diesem Verhalten diagnostische Bedeutung beigemessen.

Von den 268 mit Salvarsan behandelten Fällen wurden im Verlauf von vier bis fünf Wochen negativ 153 Fälle. *Arthur Schucht-Danzig.*

Über den Einfluſs der ZITTMANNschen Kur auf den Ausfall der WASSERMANNschen Reaktion, von KARL STERN-Heidelberg. (*Med. Klinik.* 1910. Nr. 23.) In 13 von 14 untersuchten Fällen ist die WASSERMANNsche Reaktion nach der ZITTMANN-Kur unverändert positiv geblieben. In einigen weiter beobachteten Fällen wurde sie nach einer darauf folgenden Hg-Kur negativ. Die bei dieser Gelegenheit an frischen Syphilisfällen gemachten Beobachtungen über den Heilerfolg der ZITTMANN-Kur fielen durchaus unbefriedigend aus. *Arthur Schucht-Danzig.*

Über ein Syphilis-Mikrodiagnostikum, von C. S. ENGEL-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 39.) Beschreibung eines Bestecks zur Ausführung der WASSERMANNschen Reaktion mit verminderten Flüssigkeitsmengen.

Arthur Schucht-Danzig.

Einige praktische Momente bei der Behandlung und bei der klinischen Geschichte der ersten Stadien der Syphilis, von W. COATES-Manchester. (*Brit. med. Journ.* 7. Mai 1910.) Wenn auch kaum etwas absolut Neues, bietet dieser Vortrag doch einige bemerkenswerte Einzelheiten. Verfasser verfügt über sieben Fälle von Reinfektion und über einen Fall von Rezidivieren des Primärgeschwürs während der antiluetischen Behandlung mit intramuskulären Injektionen von Ol. cinereum.

Ferner schildert er einige fatale Vorkommnisse, welche auf eine unzweckmäfsige Behandlung ohne gesicherte Diagnose zurückzuführen waren. Bei phagedänischer Syphilis hat er mit Dauerbädern, Sitzbädern von zwei bis drei Wochen Dauer sehr gute Resultate erzielt. In manchen Fällen von Syphilis ist es nötig, ein absolutes Verbot jeglicher Alkoholzufuhr zu fordern. Im übrigen bevorzugt C. die interne Behandlung mit Pulvern und Pillen, welche bei zweckmäfsiger Darreichung vollständige Heilung bewirken. Bei hartnäckigen Fällen greift er aber zu den Injektionen von Quecksilber und gelegentlich auch zum Atoxyl. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ältere und neuere Methoden der Quecksilberbehandlung, von Eduard Bäumer-Berlin. (*Berl. Klinik.* 1910. Heft 264.) Von neueren Mitteln wird besonders das Asurol empfohlen, welches durch hochprozentuierten Hg-Gehalt einen Ersatz für die unlöslichen Hg-Salze darstellen soll. Man beginnt mit 0,5—1 ccm einer 5%igen Lösung, intramuskulär injiziert und geht dann, unter ständiger Kontrolle des Urins, zu 2 ccm über. 12—15 Injektionen in viertägigen Abständen genügen für eine Kur. *Gunsett-Strafsburg.*

Die Abortivbehandlung der Syphilis durch eine intensive Frühbehandlung, von Rob. Duhot-Brüssel. (16. internat. med. Kongrefs. Budapest 1909.) Die Methode des Autors besteht darin, dafs er eine intensive Behandlung, unter der er nur die Injektion von 40%igem grauen Öl versteht, vor dem 12. Tage nach Auftreten des Schankers beginnt. Zugleich wird letzterer exzidiert und die Leistendrüsen durch Hg-Injektionen oder Einreibungen mit grauer Salbe „sterilisiert“. Als erste Kur werden 15 Injektionen von 0,10—0,12 cg in wöchentlichen Abständen vorgenommen, die ersten drei zu 0,14 cg. Bei Individuen mit weniger als 70 kg Körpergewicht werden entsprechend geringere Dosen genommen. Nach zweimonatlicher Ruhe werden wieder acht bis zehn etwas schwächere Injektionen vorgenommen, welche nach zwei- bis dreimonatlichen Ruhepausen wiederholt werden und zwar ungefähr zwei Jahre lang. Je nach dem Ergebnis der Wassermannschen Reaktion wird die Behandlung dann unterbrochen oder fortgesetzt, besonders in Fällen, deren Behandlung erst in der Sekundärperiode begonnen wurde. Die früh behandelten Fälle sind gewöhnlich nach zwei Jahren geheilt. *Gunsett-Strafsburg.*

Einige Betrachtungen über die „Abortivbehandlung“ der Syphilis und den Wert der Wassermannschen Reaktion als Wegweiser bei der antisyphilitischen Behandlung, von Dujardin. (*Journ. méd. de Bruxelles.* 1910. Nr. 20.) Nichts erlaubt eine intensive und frühzeitige Behandlung der Syphilis „Abortivbehandlung“ zu nennen. Sie ist abortiv nur im Hinblick auf die Sekundärsymptome. Ein „abortiv“ behandelter Lueskranker wird, wenn er sich selbst überlassen bleibt, wieder Symptome zeigen. Die Behandlung soll allerdings frühzeitig und intensiv vorgenommen, aber chronisch intermittierend weitergeführt werden. Nach drei Jahren soll die Wassermannsche Reaktion über eine eventuelle Weiterbehandlung entscheiden. *Gunsett-Strafsburg.*

Zur Frühbehandlung der Syphilis, von S. Prissmann - Libau. (*St. Petersb. Med. Wochenschr.* 1910. Nr. 8.) Verfasser legt seinen Standpunkt als Gegner der Frühbehandlung der Syphilis vor Ausbruch der Sekundärerscheinungen dar. *Arthur Schucht-Danzig.*

Die Frühbehandlung der Syphilis, von Emil Kroeger - Riga. (*St. Petersb. Med. Wochenschr.* 1910. Nr. 8.) Verfasser ist für möglichst ausgedehnte erstmalige Behandlung mit Hg. *Arthur Schucht-Danzig.*

Die Abortivbehandlung der Syphilis bei Soldaten, von Heinrich Kropf-Wien. (*Der Militärarzt.* 1910. Nr. 9.) Nach Nachweis der Spirochaeta pallida wird — wenn eben möglich — die Sklerose exzidiert und sofort die Abortivkur in Gestalt

von intramuskulären Injektionen von 10%igem Hydrargyrum salicylicum eingeleitet. Als erste Kur werden 15—20 Spritzen à 0,05 ccm gegeben; nötig sind vier bis fünf Kuren. *Schourp-Danzig.*

Die heutige Behandlung der Syphilis und das Vorkommen syphilitischer Erkrankungen des Nervensystems, von Collins. (*New York State Journ. of Med.* 10. Mai 1910.) C. verlangt, daſs jeder Patient, auch im Anschluſs an ausreichende intermittierende Behandlung, fünf Jahre lang wenigstens einmal jährlich der Wassermannschen Untersuchung unterzogen werden soll. Im übrigen wendet er sich mit auffallender Schärfe gegen Jodkalium, das nicht als spezifisches Mittel gegen syphilitische Erkrankungen, vor allem des Nervensystems, betrachtet werden soll, sondern nur als Adjuvans zur Resorption gummatösen Gewebes zu gelten hat.

W. Lehmann-Stettin.

Die Behandlung der Syphilis, von Gerhard Hahn. (*Fortschr. d. Med.* 1910. Nr. 32.) Nichts Neues. *Haas Hamburg.*

Ein Beitrag zur Enesolbehandlung der Syphilis, von C. Fraenkel und J. Kahn. (*Med. Klinik.* 1910. Nr. 7.) Unter 29 mit Enesol behandelten Syphilisfällen ergaben 16, das heiſst 55% der Fälle, das Verschwinden der positiven Wassermannschen Reaktion, und zwar zwei Fälle nach 30 ccm Enesol, drei Fälle nach 30—50 ccm, sieben Fälle nach 50—70 ccm und vier Fälle nach 70—100 ccm.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Die Asurolinjektionen und ihr Wert auf dem Gebiete der Syphilisbehandlung, von F. Veress-Kolozsvár. (*Bör-és Bujakórtan,* Beiblatt der *Budapesti Orvosi Ujság.* 1910. Nr. 3.) Die Wirkung des Asurols stellt sich auſsergewöhnlich rasch ein. Verfasser beobachtete 42 Fälle, in drei Fällen blieb die Wassermannsche Reaktion positiv auch nach der Kur. Im Asurol hat man ein sehr leicht erträgliches, auſsergewöhnlich rasch und stark wirkendes vortreffliches Quecksilberpräparat gewonnen. Die Vorteile sind: 1. Asuroleinspritzungen können auch Nichtspezialisten ruhig vornehmen. 2. Sie verursachen zumeist keine örtlichen Erscheinungen und die manchmal auftretenden kleineren Infiltrationen stören die Patienten nicht in ihrer Beschäftigung. Sie verschwinden nach ein bis drei Tagen. 3. Der Organismus verträgt das Asurol sehr gut. Nur in Ausnahmsfällen und nach überaus groſsen Dosen kann sechs bis zwölf Stunden nach der Injektion krampfhafte Diarrhoe und bis 38° C. steigendes Fieber eintreten. Die Krämpfe stellen sich ein im Laufe der Nacht, die Temperatur fällt binnen zwei bis drei Tagen. Albuminurie pflegt sich nicht zu entwickeln, auch Stomatitis nicht, höchstens eine leichtere Gingivitis. Das Körpergewicht nimmt während der Kur zu. 4. Die Rückbildung der syphilitischen Veränderungen, d. h. die antisyphilitische Wirkung der Asurolinjektionen stellt sich auffallend rasch ein, rascher als nach Anwendung eines andern Quecksilberpräparates. 5. Ein wichtiger Vorteil des Mittels ist, daſs es ein lösbares Präparat ist, infolge dessen fallen bei der Anwendung die Möglichkeit der Embolie und die Kumulation der Quecksilberwirkung im Organismus, so auch schmerzliche Infiltrationen, eventuell Abscesse an der Injektionsstelle weg. Es übt eine bedeutende, rasche und kräftige Wirkung auf die Syphilis aus, ohne den Organismus im geringsten anzugreifen. Anfangs gebe man jedenfalls 1 ccm, jeden zweiten bis dritten Tag, von der 5%igen Lösung, oder die Hälfte einer Ampulle, und erst dann, wenn die ersten Injektionen heftigere Symptome nicht auslösen, kann die Dose auf 2 ccm gehoben werden, die man jeden zweiten bis dritten Tag wiederholen kann. Gröſsere Dosen gibt Verfasser wegen der sich wahrscheinlich einstellenden Darmkrämpfe nicht. Bei einer Kur kann man mit 7—8 Einspritzungen von 2 gr oder 10—12—14 von 1 gr auch auf die hartnäckigsten Symptome eine bedeutende Wirkung erzielen. Zwischen den

einzelnen Asurolinjektionen kann man zur Steigerung der Wirkungsdauer auch andere Quecksilberinjektionen vornehmen. Deshalb kombiniert NEISSER die Asurolkur mit Oleum cinereum. Die Symptome verschwinden sehr frühzeitig, nach einigen Injektionen.

Porosz-Budapest.

Über Asurol zur Behandlung der Syphilis, von K. F. HOFFMANN-Düsseldorf. (*Med. Klinik.* 1910. Nr. 27.) Das Asurol (Doppelsalz aus amidooxyisobuttersaurem Natrium und Hg-salicylat.) enthält 40,3% metallisches Quecksilber. In der üblichen angewandten Dosis wird es an Quecksilbergehalt nur vom Calomel und Hg. salicylicum übertroffen. Es hat eine frappante Wirkung auf Syphiliserscheinungen. Dem Vorgehen WELANDERS und NEISSERS folgend wurde das schnell resorbierte und wieder ausgeschiedene Präparat mit Oleum cinereum-Injektionen kombiniert angewandt.

In einigen hierauf untersuchten Fällen wurde eine recht beträchtliche Leukocytose (Ansteigen um 5000—6000) schon nach der ersten Spritze beobachtet.

Von Begleiterscheinungen der Injektionen waren unangenehmer als der geringe Schmerz an der Injektionsstelle die Koliken, welche Autor in ca. 5% aller gegebenen Spritzen sah. *Arthur Schucht-Danzig.*

Die Therapie der Syphilis mit Asurol, von HANS ROCK-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 33.) In 62 Fällen von Syphilis der verschiedensten Stadien wurde Asurol gegeben und dabei die bisherigen Beobachtungen bestätigt, daſs es durch seine rasche Resorption auf den Rückgang luetischer Erscheinungen einen beschleunigten Einfluſs ausübt; seine Wirkung ist aber keine nachhaltige und entsprechend der raschen Resorption fast stets von Komplikationen begleitet. Fast jeder Patient bekam Schwellungen des Zahnfleisches, eine gröſsere Anzahl Fieber, das allerdings nicht bis zum nächsten Tage anhielt, einzelne auch Darmkoliken und Durchfälle. *W. Lehmann-Stettin.*

Soamin bei Syphilis; ein markanter Fall, von F. D. HALAHAN - Jokohama. (*Brit. med. Journ.* 26. Febr. 1910.) Ein 32jähriger Mann kam etwa sechs Wochen nach der Infektion zur Aufnahme mit drei Schankern, welche aber nicht induriert erschienen. Etwa drei Wochen später traten schwere syphilitische Erscheinungen hervor, Ulcerationen an den Mandeln und im Pharynx, Periostitis an vielen Stellen, ein pustulöser Ausschlag, Rupia und Pericarditis. Nachdem mit Hg und JK usw. vergebliche Versuche gemacht worden waren, gab man einen Tag um den andern eine intramuskuläre Injektion von Soamin (0,5). Nach etwa 14 Tagen trat eine deutliche Wendung ein, und zwei Serien der Behandlung bis zum Verbrauch von je 6,0 Soamin machten den Patienten entlassungsfähig. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über eine neue Behandlungsmethode der Syphilis, von EDWIN HOWES-Boston. (*Journ. of Therap. and Diet.* Mai 1910.) Empfehlung des Mergal.

W. Lehmann-Stettin.

Beiträge zum klinischen und mikroskopischen Studium der allgemeinen und lokalen Quecksilbertherapie bei der Syphilis, von PEYRI-Barcelona. (Verlag von J. Horta, Mendez Nuñez 3—5, Barcelona.) Der Verfasser untersuchte die Knoten von unlöslicher Quecksilberinjektion mikroskopisch. Als Material dienten ihm zehn Tage bis drei Monate alte Injektionsknoten bei einem an tertiärem Pharynxphagedänismus verstorbenen Kranken und 48 Stunden bis 3 Wochen alte, die von einem an Syphilis cerebrospinalis gestorbenen Patienten stammten. Auſserdem untersuchte er experimentell beim Hunde erzeugte Infiltrate. Die Infiltrate, die von grauem Öl stammten, zeigten vom ersten Momente an drei Zonen, eine innere, flüssige, in welcher das Fett und ein Teil des Quecksilbers liegt, eine zweite dunkle, in welcher die metallischen Elemente fragmentiert zwischen den Fibrillen und Bindegewebszellen liegen und eine äuſsere entzündliche Zone. In älteren Knoten wurden metallische

Tropfen aufserhalb dieser Zone in einer Distanz von mehr als 1 cm, und zwar in interfaszikulären Räumen (Resorptionregion), gefunden. Behandelt man die Präparate mit Schwefelwasserstoff, so finden sich einerseits amorphe Präzipitate, die gewöhnlich extrazellulär liegen, aber auch in Makrophagen eingeschlossen sein können. Sie werden durch H_2S nicht modifiziert. Durch Einwirkung von H_2S findet man aber auch ein diffuses Präzipitat in den Muskelfibrillen, besonders in der Mitte des Knotens. Für die Resorption scheinen aber nur die metallische Form und die amorphen Präzipitate in Betracht zu kommen. Die diffusen Präzipitate in den Muskelfibrillen würden die Weiterwirkung des Depots erklären, da sie erst mit der allmählichen Auflösung der Fibrillen zur Resorption kommen. Was die lokale Quecksilbertherapie betrifft, so betont der Verfasser besonders, dafs es Fälle gibt, bei denen die allgemeine Therapie versagt, wo aber durch die lokale eine Heilung erzielt werden kann.

Gunsett-Strafsburg.

Ältere und neuere Anschauungen über die Quecksilberbehandlung der Syphilis, von Hübner. (*Fortsch. d. Med.* 1910. Nr. 13.) H. vertritt den Standpunkt, man soll die Syphilis sofort nach Stellung der Diagnose durch Spirochätenfund behandeln, und die weitere Behandlung von dem Ausfall der Wassermannschen Reaktion abhängig machen. *Haas-Hamburg.*

In welcher Weise wirkt das Quecksilber bei der antiluetischen Behandlung auf den Ausfall der Seroreaktion? Von O. Brauer-Kiel. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 17.) Während andere Forscher zur Lösung dieser Frage das Tierexperiment herangezogen, hat B. vergleichende Untersuchungen über die Resorption des Quecksilbers im menschlichen Organismus (wie diese durch den Nachweis des Elementes im Urin zu erkennen ist) und deren Wechselbeziehung zum Ausfall der Seroreaktion angestellt. Es wurden 68 Fälle von Syphilis einer Injektionskur von fünf bis sechs Wochen Dauer mit Kalomel resp. Oleum cinereum unterworfen und nach der Almen-Schildborgschen Methode der Urin auf Hg teils während, teils kürzere oder längere Zeit nach der Behandlung untersucht. Dabei ergab es sich, dafs der Ausfall der Sero-Reaktion von dem Vorhandensein von Hg im Urin nach jeder Richtung hin vollständig unabhängig ist. Somit erfolgt nach Verabreichung des Medikamentes eine Änderung der Serumreaktion nur dann, wenn tatsächlich das Syphilisvirus selbst modifiziert worden ist. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Quecksilbereinatmungen bei Syphilis, von S. Schiro - New Orleans. (*New Orleans med. and surg. Journ.* Nov. 1909.) Auf Grund von 44 behandelten Fällen schreibt der Verfasser den Quecksilberinhalationen in trockner Hitze — in kleinen Zimmern bei 75° C — eine raschere und konstantere Wirkung zu als allen anderen Methoden. Er empfiehlt sie auch als bequem für die Patienten, da sie den Digestionsapparat schont und nicht so lästig ist, wie es die Einreibungen sind.

Schourp-Danzig.

Über die subpräputiale Einfuhr von Hg und ihre Verwendung in der Praxis zur Therapie und Prophylaxe der Syphilis, von P. Schrumpf-Strafsburg (*Therap. Monatsh.* 1910. Heft 8.) Den Versuchen anderer Autoren, die Resorptionsfähigkeit der verschiedenen Schleimhäute für Hg und Hg-Salz therapeutisch zu verwerten — so empfiehlt Audry die Verwendung von Hg-Analsuppositorien, Cronquist die Einführung von grauer Salbe in die Nasenlöcher, Eyssell das Einblasen von Kalomel in die Nase —, fügt Verfasser eine neue seines Erachtens praktische Form der Hg-Therapie hinzu. Er liefs ein Stäbchen aus Kakaobutter mit 0,02 Hg jeden Abend in die Balanopräputialfalte bringen. Er beobachtete sogar das Auftreten einer

leichten Stomatitis im Verlaufe einer solchen Kur. Auch zu prophylaktischen Zwecken empfiehlt Verfasser diese Applikationsart, mit der Hg-Dosis von 0,05 in jedem Stäbchen.

Arthur Schucht-Danzig.

Zur Frage der Herabsetzung der Schmerzhaftigkeit der Quecksilbereinspritzungen, von Bogrow. (*Wratschebnaja Gaseta.* 1910. Nr. 44.) Die Schlufsfolgerungen der Arbeit des Verfassers lauten:

1. Der Zusatz von Zucker setzt die Schmerzhaftigkeit der Einspritzungen merklich herab.

2. Zur Verminderung der Empfindlichkeit mufs der Zucker in zehnfacher Menge zum Hg zugesetzt werden.

3. Der Zusatz von Natron (Kalium) -Salzen ist zur Auflösung des Hg-Salzes unbedingt nötig.

4. Die Infiltrate an Injektionsstellen können zwar fehlen, sind aber oft recht stark.

5. Zucker im Harn des so Behandelten liefs sich nicht nachweisen.

6. Der Zuckerzusatz hat einen Einflufs auf den Verlauf der Krankheit.

7. Die Lösungen müssen sterilisiert werden.

8. Einige Unbequemlichkeiten verursacht die Klebrigkeit der Spritze, der Hände usw., welche mit der Lösung in Berührung gekommen sind.

Die vom Verfasser empfohlenen Rezeptformeln lauten:

	Hydrargyri bibromati	
	Natrii bromati	aa 2,0
	Sacch. albi	20,0
	Aq. dest.	ad 100,0 MDS.
Und	*Hydrargyri bichlor. corrosivi*	
	Natrii chlorati	aa 2,0
	Sacch. albi	20,0
	Aq. dest.	ad 100,0 MDS.

Arthur Jordan-Moskau.

Beitrag zur Behandlung der Syphilis mit atoxylsaurem Quecksilber, von Oswald Boethke. (*Med. Klinik.* 1910. Nr. 15.) Bericht über 37 Fälle (Tabelle). Am besten reagieren die ganz frischen Luesfälle auf Hg atoxylicum, nächstdem diejenigen mit Primär- und Sekundärerscheinungen. Am meisten widerstandsfähig zeigte sich das Tertiärstadium mit Ausnahme der Gaumenulceration. Netzhautblutungen und Sehnervenatrophie wurden nicht beobachtet, nur zweimal trat vorübergehende schwache Albuminurie auf. Erheblich war dagegen die Schmerzhaftigkeit; in zwei Fällen traten Temperatursteigerungen ein. *Arthur Schucht-Danzig.*

Über den Wert des Arsacetin-Ehrlich in der Behandlung der konstitutionellen Syphilis, von Stancanelli. (*Giornal. intern. delle Scienze med.* XXXII. Heft 7.) Dem Arsacetin — das wegen seiner Tolerabilität dem Atoxyl vorzuziehen ist — kann kein spezifischer Einflufs auf die Syphilis beigemessen werden, es ist durch seine allgemein tonisierende Wirkung ein gutes Unterstützungmittel der Hg-Behandlung. *Haas-Hamburg.*

Anwendungsweise des Natrium benzosulfonparaaminophenylarsinat allein oder in Verbindung mit Quecksilber (Hektin und Hektargyrum) in der Behandlung der Syphilis, von F. Balzer-Paris. (*La Presse méd.* 1910. Nr. 31.) Die Arsenikbehandlung der Syphilis gibt gute Resultate, hat aber auch manche Nachteile, unter ihnen hauptsächlich den, dafs bei Anwendung gröfserer Dosen schwere Neuritiden oder auch Polyneuritis bewirkt werden können. Auch schwere Schädigungen des Sehvermögens sind öfters beobachtet worden, so dafs man im allgemeinen mit den Arsenikpräparaten vorsichtig umgehen mufs. Und diese Nachteile haften allen

Arsenpräparaten an, sei es, daſs es sich um Natriumkakodylat, Arrhenal, Histogenol, Atoxyl u. a. handelt. Der Verfasser hat nun ein neues von Mouneyrat entdecktes Arsenpräparat praktisch erprobt und glaubt, daſs demselben gewisse Vorteile vor den anderen, sogenannten ungiftigen Präparaten zukommen. Dasselbe ist chemisch ein Natrium benzo-sulfon-paraamino-phenylarsinat, kurzweg Hektin genannt und sind bisher selbst bei Anwendung groſser Dosen mit demselben keinerlei ungünstige Erfahrungen gemacht worden. Die einzige Vorsicht, welche man zu beobachten hat, ist die, vor Anwendung des Mittels die Patienten in genauer Weise mit bezug auf den Zustand ihrer Leber, der Nieren, des Herzens und namentlich des Nervus opticus zu untersuchen, wobei zu bemerken ist, daſs die Gegenanzeigen des Hektins beiläufig dieselben sind, wie diejenigen des Quecksilbers. Treten während der Behandlung Erscheinungen von seiten des Auges auf, wie Kongestionen, Nebelsehen u. a., so muſs die Arsenbehandlung gleich unterbrochen werden.

Was die Dosierung des Hektins anbetrifft, so ist festzuhalten, daſs 5 cg Hektin 1 cg Arsenik entsprechen, und sind die Tagesdosen derart, daſs sie 2—4 cg Arsenik entsprechen. Es sind dies Mengen, welche hoch erscheinen, doch ist die Toleranz des Organismus für die organischen Arsenverbindungen einen unvergleichlich höhere als für die alten, unorganischen Salze.

Die Anwendungsweise des Mittels ist die, daſs man täglich oder jeden zweiten Tag Dosen von 10—20 cg Hektin intramuskulär einspritzt und im Mittel etwa 2 g Hektin innerhalb 20 Tagen einspritzt. Für Kinder scheint die Dosis von 0,05 Hektin genügend zu sein. Bei Säuglingen könnte man mit 0,02 beginnen und ansteigend auf 0,05 gelangen.

Man kann Hektin allein oder in Verbindung mit Hg zur Anwendung bringen und schlägt Verfasser hierfür das Hektargyrum vor, welches eine wahre chemische Verbindung darstellt und folgendermaſsen formuliert wird: Hektin 0,10, Hydrargyr. oxycyanatum 0,01, Aq. destill. 100. Das Hektargyrum hat sehr gute Erfolge in allen Stadien der Syphilis gegeben. Bei Beginn der sekundären Periode haben eine oder zwei Hektargyrkuren einen kräftigen resolutiven Einfluſs auf die Eruptionen und bringen sehr oft die Krankheit in den latenten Zustand. Man kann dann die Behandlung mit Quecksilber fortsetzen, dessen Einwirkung eine viel länger andauernde ist. Auch bei schweren Syphilisfällen, bei ulcerösen, malignen oder tertiären Formen geben Hektin und Hektargyrum gute Erfolge, hauptsächlich durch Hebung der Körperkräfte.

E. Toff-Braila.

Über die Bedeutung der Syphilis für die Pathologie der Otosklerose, von O. Beck. (*Monatsschr. f. Ohrheilk. u. Laryng.-Rhinol.* 1910. Nr. 5.) Von 42 einwandfreien Otosklerotikern der Wiener Ohrenklinik reagierten nach Wassermann-Müller 2 komplett positiv, 3 mittelstark positiv, 37 komplett negativ. Aus diesen Ergebnissen zieht der Verfasser den Schluſs, daſs die Otosklerose im Gegensatze zur bisherigen Anschauung in keinem Zusammenhange mit Syphilis stehe.

Richard Frühwald-Leipzig.

Über krankhafte Veränderungen der Nieren bei Quecksilberkuren und Syphilis, von Reinhold Ledermann-Berlin. (*Zeitschr. f. Balneol., Klimatol. u. Kurort-Hygiene.* III. Jahrg., Nr. 13.) L. berichtet über 70 Kranke, bei welchen einmal oder öfters im Verlaufe von einer oder mehreren Hg-Kuren krankhafte Veränderungen des Harns beobachtet wurden. Das Gesamtergebnis dieser Beobachtungen lehrt, daſs nur in einer geringen Zahl von Fällen nach Hg-Gebrauch d a u e r n d e Eiweiſsausscheidungen resp. Nierenentzündungen zurückbleiben, und im Verhältnis zu der groſsen Zahl von Hg-Kuren Nierenstörungen als selten zu betrachten sind und in der Mehrzahl der Fälle das Auftreten von Eiweiſs während einer Hg-Kur keine schwere Schädigung

der Nieren bedeutet, wenn es rechtzeitig bemerkt und die Hg-Zufuhr bis zum Verschwinden des Eiweifses unterbrochen wird. Immerhin erklärt es L. für Pflicht des Arztes, vor jeder Hg-Kur den Urin auf Eiweifs zu untersuchen. Nicht spezifische akute parenchymatöse Nephritiden schweren Grades reagieren auf die kleinsten Hg-Mengen meist durch starke Steigerung des Eiweifsgehaltes und wird man in solchen Fällen vorläufig von einer weiteren Hg-Kur Abstand nehmen müssen, während chronische interstitielle Nephritis mit geringem Eiweifsgehalt durch Hg keine nennenswerte Schädigungen erfahren. Jodkalium wird bei Nephritis aller Formen und Stadien im allgemeinen gut vertragen. Tabellarische Übersicht aller 70 Fälle und 12 weiterer mit Albumen vor der Hg-Kur mit Symptomen, Therapie, Art und Verlauf der Albuminurie. *Stern-München.*

Ein Fall von Lebersyphilis, von Milton Goldsmith - Pittsburg. (*New York. med. Journ.* 10. Dez. 1910.) Lebersyphilis ist ein ziemlich seltenes Vorkommnis: Während 18 Jahre wurden am grofsen Johns Hopkins Spital nur 30 Falle als solche diagnostiziert, Flexner berichtet in einer Zusammenstellung von 5000 Sektionen über 188 Fälle von Lebersyphilis und unter 629 Autopsien am St. Georges Spital wurden 37 Fälle von Gummata und 27 von Narben gefunden. Diese Zahlen entsprechen den bei Erwachsenen vorkommenden Fällen, bei der angeborenen Form sind sie viel höher, indem 40—70% der vorzeitig geborenen oder kurz nach der Geburt gestorbenen syphilitischen Kinder mit Leberaffektion behaftet sind. Der von Goldsmith beobachtete Fall betraf einen 34jährigen Mann, der neun Jahre vorher den Primäraffekt gehabt und fünf Jahre lang die regelmäfsigen Quecksilberkuren durchgemacht hat und unter heftigen Diarrhoen, Gelbsucht und den Symptomen einer Pankreaserkrankung in kurzer Zeit über 50 Pfund an Körpergewicht abnahm. Energische Quecksilberbehandlung brachte in 14 Tagen die Diarrhoe zum Stillstand, eine Verminderung der Gallenfarbstoffe im Harn, allmähliches Verschwinden der Gelbsucht, Zunahme des Körpergewichts (um 40 Pfund) und völliges Wohlbefinden. G. glaubt, dafs es sich um ein grofses oder mehrere kleine Gummata in der Leber gehandelt habe, die durch Druck auf den Gallengang und wahrscheinlich auch auf die Vatersche Ampulle die Leber- und Pankreassymptome hervorgerufen haben. *Stern-München.*

Cerebrale Syphilis (Symptome und Diagnose). (*Gaz. d. hôp.* 1910. Nr. 143.) Eine kurze Darstellung vom Verlauf und der Diagnose der verschiedenen Formen cerebraler Syphilis. *Gunsett-Strafsburg.*

Über konjugale Paralyse und Tabes, von Hans Gerich. (Inaug. - Dissert. Leipzig 1910.) Verfasser kommt zu dem Ergebnis, dafs die Lehre von der Lues nervosa durch die bei den konjugalen metasyphilitischen Erkrankungen gemachten Beobachtungen keine wesentlichen Stützpunkte erhält; dafs man — abgesehen von der luetischen Infektion — eine Disposition, eine besondere spezifische Organveranlagung der nervösen Organe, die im allgemeinen in der Form der Degeneration, der neuro - psychopathischen Minderwertigkeit ihren Ausdruck findet, als Ursache mit heranziehen mufs. *Fritz Loeb-München.*

Tabes mit rapidem Verlaufe bei einem ehemaligen Poliomyelitiskranken, von Cordier. (*Lyon méd.* 1911. Nr. 1, S. 18.) Bei einem 25jährigen jungen Manne traten 16 Monate nach Beginn einer sehr hartnäckigen, ununterbrochen behandelten Syphilis Blasenstörungen auf. Nach zwei Monaten war das volle Bild der Tabes (Pupillenstarre, Romberg usw.) entwickelt. C. bezieht das rapide Eintreten der Tabes auf eine in der Kindheit mitgemachte Poliomyelitis, die bis auf geringe Muskelschwäche völlig ausgeheilt war, aber eine Disposition des Rückenmarks geschaffen hatte.

Richard Frühwald-Leipzig.

Pathologie und Behandlung der Tabes dorsalis, von A. v. Strümpell-Leipzig. (*Wien. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 1.) Klinischer Vortrag über den Verlauf der Tabes. *Schourp-Danzig.*

Intramedulläre Affektion (? Gumma) des Rückenmarks mit Brown-Séquardschen Symptomen und Ausgang in Heilung, von A. Bernstein - London (*Lancet.* 3. Dez. 1910.) Die genaue Ursache der eigentümlichen motorischen und sensorischen Nervensymptome bei dem hier beschriebenen Fall, ein 18jähriges, offenbar nicht hysterisches Mädchen betreffend, konnte durchaus nicht mit Sicherheit festgestellt werden, und die Vermutungsdiagnose Gumma gründet sich nur auf den therapeutischen Erfolg der Behandlung mit Jodkalium im Verein mit Einreibungen mit Ungt. cinereum und Massage. Es handelte sich im wesentlichen um Schwäche und Muskelatrophie der rechten Körperhälfte, sogar mit Ausbildung einer Klauenhand, aber ohne die spastischen Kontrakturen der Hysterie. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Poliomyelitis anterior chronica von wahrscheinlich syphilitischer Herkunft, von E. Medea-Pavia. (*Morgagni.* Dez. 1910.) Es handelte sich um eine 54-jährige Frau mit diffuser muskulärer Dystrophie, welche besonders an den oberen Extremitäten und am meisten an der Hand nachzuweisen war. Aufserdem bestand eine Parese der oberen Extremitäten. Eine Parese der unteren Extremitäten, die in früheren Jahren vorhanden war, hatte sich zuletzt gebessert. Hingegen kamen seit einem Jahre Urininkontinenz und heftige Schmerzen im Nacken, Rücken und Sacrum, sowie multiple Paraesthesien am ganzen Körper hinzu. Pathologisch-anatomisch wurde Folgendes nachgewiesen: Dilatation und Verdickung der Meningealgefäfse, Verdickung und Sklerose der Pia, besonders in der hinteren Hälfte des Rückenmarks, degenerative Prozesse, die von den hinteren Wurzeln und der Lissauerschen Zone ausgingen. Ferner wurde eine erhebliche Verdickung der Gefäfswände der Medulla spinalis mit beinah vollständigem Verschlusse des Lumens und hyaliner Degeneration der Media und Sklerose der Adventitia besonders im Gebiete der Arteria spinalis anterior und ihrer mit den Burdachschen und Gollschen Strängen im Zusammenhang stehenden Äste festgestellt. In den Vorderhörnern, besonders in der rechtsseitigen Cervicalregion, fand sich eine Degeneration der Zellen und daran anschliefsend eine Destruktion des Nervengewebes. *Gunsett-Strafsburg.*

Der Nutzen der Wassermannschen Reaktion, von D. M. Kaplan-New York. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 55, Nr. 23.) Nichts Neues. *Schourp-Danzig.*

Die Wassermannsche Syphilisreaktion an der Leiche, von C. Nauwerk-Chemnitz und M. Weichert. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 45.) Während von etlichen Forschern die Wassermann-Reaktion als ein rein biologisches Phänomen und nicht ein kadaveröses bezeichnet wird, stimmen Verfasser der Ansicht zu, dafs dieselbe sich als ein diagnostisches Hilfsmittel zum Nachweis der Syphilis am Leichenblut sehr wohl verwenden läfst. Sie haben bei einer Serie von 243 Obduktionen, von denen allerdings 37 teils wegen nachgewiesener Eigenhemmung, teils wegen der Unmöglichkeit, ein geeignetes Serum zu erhalten, ausscheiden, die Reaktion genau nach der Originalvorschrift und gelegentlich auch im Verein mit der Sternschen Modifikation vorgenommen. Da die Serumprüfungen stets von einem an der Obduktion ganz unbeteiligten Untersucher und ohne Kenntnis der pathologisch-anatomischen oder der klinischen Diagnose ausgeführt wurde, mufs den erhaltenen Resultaten eine erhebliche Beweiskraft jedenfalls zugestanden werden. Positive Resultate wurden in 57 Fällen erhalten, und nach den sonstigen anamnestischen und diagnostischen Anhaltspunkten zu urteilen, konnte das Ergebnis wohl durchweg als den tatsächlichen Verhältnissen entsprechend angesehen werden. Im Verein mit den nicht serologisch, wohl aber sonst als syphilitisch nachgewiesenen (25) Fällen, ergab sich übrigens bei einem Gesamtmaterial von

935 Leichen einen Prozentsatz von 9 vom Hundert, was Verfasser als der obwaltenden Ausbreitung der Syphilis in Chemnitz als entsprechend erachten. Zur Technik mag noch erwähnt werden, daſs sich aus der Schenkelvene öfters brauchbares Blut noch gewinnen lieſs, wenn dies am Herzen nicht der Fall war.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Was leistet die v. Dungernsche Methode der Syphilisreaktion, von Spiegel-Cöln. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 45.) Verfasser hat bei 278 Patienten mit den von der chemischen Fabrik von Merk gelieferten Reagentien, wie v. Dungern sie angegeben hat, die Prüfung auf Syphilis ausgeführt. Von diesen seinen Patienten waren 215 sicher luetisch, 59 sicher nicht luetisch und 4 zweifelhaft. Bei 117 Fällen handelte es sich um manifeste Lues im Sekundärstadium oder um Primäraffekte; diese gaben ausnahmslos ein positives Resultat; von 80 Patienten im Latenzstadium reagierten 74 positiv (bei Nachprüfung mit der Original-Wassermann-Probe: 76), und von 18 Patienten mit Spätlues lieferten 14 einen positiven Ausfall (mit Wassermann: 15). Von den 59 als sicher nicht syphilitisch diagnostizierten Fällen wurde bei Anwendung beider Methoden durchweg ein negatives Resultat erhalten.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Über die vereinfachte Wassermannsche Reaktion nach v. Dungern-Hirschfeld, von E. Steinitz-Dresden. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 47.) Um nicht bloſs aus theoretischen Gründen diese vereinfachte Methode als ungenügend zu verwerfen, hat St. bei 100 Patienten etwa 125 Reaktionen ausgeführt. Es handelte sich dabei um 55 Syphilitiker und 45 Nichtsyphilitische. Bei 87 Untersuchten ergab sich eine völlige Übereinstimmung zwischen den Ergebnissen der Wassermannschen Originalmethode und des Dungernschen Verfahrens. Für sämtliche klinische als nichtluetisch erkannten Fälle ergab sich mit beiden Methoden ein negatives Resultat. Von den restierenden 13 Fällen, bei denen ein Unterschied in den Resultaten zu verzeichnen war (und bei denen eine syphilitische Infektion vorlag), reagierten 7 deutlicher auf die Wassermannsche Probe, und 6 zeigten sich für das Dungernsche Verfahren empfindlicher. Auch im Vergleich zu den Sternschen und Hechtschen Modifikationen zeigte sich die neue Art als leistungsfähig. Zur weiteren Verbesserung schlägt St. vor, den Ambozeptor in flüssiger Form zum Versand zu bringen, was bei gehörigen Kautelen sich sehr wohl ermöglichen lieſse. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über eine einfache Methode der Komplementfixation bei Syphilis, von J. Sabrazès-Bordeaux und K. Eckenstein. (*Lancet.* 22. Jan. 1910.) Die hier empfohlene und im Detail beschriebene Methode lehnt sich im wesentlichen an die Hechtsche Modifikation an. Verfasser verwenden einen alkoholischen Auszug von normaler Herzmuskulatur (Antigen), Blutkörperchen vom Schaf, physiologische Kochsalzlösung (9 : 1000) und das zu untersuchende Serum. Es werden drei Proben angesetzt: das erste Röhrchen enthält: 1 Einheit Serum, 1 Einheit Salzlösung und 1 Einheit Antigen. Das zweite Röhrchen enthält: 1 Einheit Serum und 2 Einheiten Antigen. Das dritte Röhrchen: 1 Einheit Serum und 2 Einheiten Salzlösung. Die Einheit betrug meist 100 cmm. Nach 1½ Stunden Aufenthalt im Thermostat bei 37° C wird 1 Einheit Schafsblutkörperchen jedem Röhrchen zugesetzt, worauf dieselben bis zum Eintritt der Hämolyse im Kontrollröhrchen wieder in den Brutschrank kommen, meist 10—30 Minuten, verbleiben. Alsdann kommen sie zum Sedimentieren in den Eisschrank. Verfasser haben nach dieser Vorschrift zahlreiche Untersuchungen ausgeführt und halten sie für zuverlässig. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Beiträge zur Serodiagnose der Syphilis, von Hugo Zehnder. (Dissertation. Zürich 1910.) In der Serodiagnostik besitzen wir ohne Zweifel ein wertvolles diagnostisches Hilfsmittel für luesverdächtige Erkrankungen. Ihr positiver Ausfall spricht

immer für Lues, während die negative Reaktion Lues nicht auszuschließen braucht. Der negative Ausfall kann bei gewissen Fällen insofern von Wert sein, als er unter Berücksichtigung der sonstigen klinischen Indizien und vor allem bei etwa positiv ausfallender Tuberkulinreaktion erlaubt, Lues mit größter Wahrscheinlichkeit auszuschließen. Die therapeutische Bedeutung der positiven WASSERMANNschen Reaktion für die Syphilis ist hauptsächlich bei unklarer Diagnose, ob überhaupt Lues vorliegt, in Fällen, wo man früher ex juvantibus Quecksilber und Jodkalium gab, anzuerkennen. Eine exakte ätiologische Diagnosestellung bei Augenerkrankungen e lue ist nur von einer gewissenhaften Bewertung der klinischen Symptome einhergehend mit der serologischen Untersuchung zu erwarten. Die WASSERMANNsche Reaktion kann und sollte Verwendung finden zur Erkennung der Lues occulta, zur Erkennung der hereditären Lues, überhaupt zur Untersuchung von Angehörigen, bzw. Nachkommenschaft syphilitischer Menschen. Der positiven Serumdiagnose kann bei Ausstellung von Gutachten eine forensische Bedeutung zugesprochen werden. *Fritz Loeb-München.*

Die moderne Syphilisbehandlung, von JOHN A. FORDYCE-New York. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 56, Nr. 3.) *Schourp-Danzig.*

Momente von praktischer Bedeutung bei der Behandlung und dem klinischen Verlauf der Syphilis, von D. N. COOPER. (*Brit. med. Journ.* 4. Juni 1910.) Außer einer Bemerkung, daß ihm in seiner Praxis zwei Fälle von Reinfektion vorgekommen sind, berichtet Verfasser folgende Fälle: ein 30jähriger Mann, welcher zwei Jahre zuvor infiziert worden war, zurzeit aber gar keine klinischen Erscheinungen darbot, heiratete gegen ärztlichen Rat. Einige Wochen nachher kam die Ehefrau wegen Leukorrhoe in Behandlung und zeigte an der Kommissur einen hyperämischen Fleck, aus dem sich nach weiteren zwei Wochen ein syphilitisches Ulcus entwickelte. Bei einem anderen analogen Falle war die Infektion des Mannes sechs Jahre zuvor erfolgt. Ferner werden zwei Fälle beschrieben, bei denen die Ehe viele Jahre bestand, und mehrere gesunde Kinder gezeugt wurden, ehe die latente Syphilis wieder manifest wurde, und eine Infektion der Ehefrau sich herausstellte. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Smollet und Sublimat. (*Glasgow med. Journ.* 1911. Nr. 1.) Veröffentlichung eines Briefes P. SMOLLETS an Dr. J. MOORE, in dem er von einer ausgedehnten, offenbar tertiär-syphilitischen, Ulceration an seinem rechten Unterarme berichtet, die nach langem Bestande durch Quecksilbersalbe, Liquor VAN SWIETEN und Sarsaparilla in 17 Tagen zur Heilung gebracht wurde. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Versuch der Behandlung der Syphilis mit Injektion hoher Dosen Arrhenal, von POIRIER-Antwerpen. (*Journ. méd. de Brux.* 1910. Nr. 51.) Dem Verfasser gelang es, durch einmalige Dosen von 80 cg Arrhenal in mehreren Fällen von sekundärer Lues eine rapide Heilung zu erreichen. Das Arrhenal ist Natriummethylarsinat und enthält 26% As. *Gunsett-Straßburg.*

Die Injektionen von reinstem metallischen Quecksilber bei der Behandlung der Syphilis, von SERRANO und ALVAREZ SAINZ DE AJA. (*Revista clin. de Madrid.* 1910. Nr. 11.) Die Verfasser stellten sich die Aufgabe, die allerdings schon vor ihnen in Angriff genommen worden war (siehe v. DÜRING: *Monatsh. f. Dermatol.*, 1887), das metallische Quecksilber ohne jedes Vehikel intramuskulär und subcutan zu injizieren. Nachdem sie zuerst bei Probeinjektionen beim Kaninchen konstatiert hatten, daß dieselben niemals entzündliche Erscheinungen, Infiltrate, Abscesse oder Nekrosen machten, entschlossen sie sich, dieselben auch beim Menschen vorzunehmen. Sie injizierten einem Heredoluetischen mit gummösen Läsionen und einem Falle von rezenter Infektion mit malignem Verlauf intramuskulär in die Glutaeen je 15 cg metallischen Quecksilbers. Bei letzterem stellte sich bald eine bedeutende Besserung aller Beschwerden ein und, als nach zehn Tagen die Injektion wiederholt werden sollte, konnte

dies wegen Stomatitis mercurialis nicht geschehen. Vom ersten Falle, dessen Läsionen ebenfalls gebessert wurden und von denen einige sogar heilten, wurde eine Urinuntersuchung vorgenommen und die Anwesenheit von typischen Quecksilberkügelchen konstatiert.

Bei weiteren Versuchen am Kaninchen fanden die Verfasser das merkwürdige Faktum, dafs bei diesen Tieren trotz Injektion von hohen Dosen (bis zu 1 g) weder Stomatitis noch der Tod eintrat. Die Verfasser schlossen daraus auf eine Immunität der Kaninchen gegen die toxische Wirkung des Quecksilbers und wurden in dieser Meinung noch mehr bestärkt, als es ihnen gelang, in die Ohrvene des Kaninchens metallisches Hg zu injizieren, ohne dafs weder Thrombose noch Embolie noch Intoxikation eintrat. Was die Technik der Injektionen beim Menschen anbelangt, so verwandten sie eine Liebergsche Spritze, wie sie für Tuberkulin benutzt wird, welche im ganzen $^1/_{10}$ ccm, und bei der jeder Teilstrich $^1/_{200}$ ccm enthält. Die ganze Spritze fafste 1 g 40 cg Quecksilber, so dafs jeder Teilstrich einer Dosis von 7 cg entsprach. Es wurde jedesmal zwei Teilstriche, also 14 cg injiziert. Dieser mehr die technische Seite betreffenden Mitteilung soll bald eine zweite mit den klinischen Tatsachen folgen.

Gunsett-Strafsburg.

Natrium cacodylicum bei Syphilis, von A. J. Caffrey - Milwaukee. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 55, Nr. 26.) Fall von Primärsklerose an der Unterlippe eines 23jährigen Mannes; nach subcutanen Einspritzungen von Natrium cacodylicum trat schnelle Heilung ein. *Schourp-Danzig.*

Die experimentellen Grundlagen chemotherapeutischer Versuche mit neueren Arsenpräparaten bei Spirochätenkrankheiten mit besonderer Berücksichtigung der Behandlung der Syphilis, von Uhlenhuth und P. Mulzer-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 27.) Atoxyl, das bei der Hühnerspirillose eine hervorragend schützende und heilende Wirkung hat, erweist sich bei der Tiersyphilis als geradezu ideales Heil- und sogar Präventivmittel, das auch dem Quecksilber weit überlegen ist; bei der Syphilis der Menschen ist seine allgemeine Verwendung trotz der besonders auch bei ganz schweren Formen erzielten günstigen Resultate wegen seiner Gefährlichkeit nicht angezeigt.

Praktische Bedeutung für die Syphilistherapie scheint das nach den Angaben U.s hergestellte atoxylsaure Quecksilber zu haben. Bei Kaninchen mit grofsen syphilitischen Geschwüren führten Injektionen des Mittels zu raschem Verschwinden der Spirochäten und schneller Heilung. Bei Menschensyphilis haben Lesser, Mieckley, Blaschko und Fabry gute Heilerfolge mit dem Präparat erzielt; es bilden sich, wie auch bei der Kaninchensyphilis, namentlich die Infiltrationen sehr rasch zurück, papulöse Syphilide beginnen sehr bald einzuschmelzen. Von Mieckley wurde besonders eine auffallend günstige Wirkung bei maligner Syphilis und bei tertiären, ulcerösen und gummösen Hautprozessen festgestellt; dagegen nützt das Mittel bei postsyphilitischen Erscheinungen und bei framboesiformen Ulcerationen anscheinend wenig oder gar nicht. Im allgemeinen wird das Präparat ausgezeichnet vertragen, unangenehme Nebenwirkungen sind selten und stets leichter Art (Temperatursteigerungen, geringfügige Stomatitiden, unbedeutende Albuminurien); Rezidive treten nicht so schnell ein wie nach Gebrauch anderer Präparate. Injiziert wird in der ersten Woche zweimal 0,05, dann pro Woche 0,1 bis zu einer Gesamtmenge von nur 0,5 (bei Frauen 0,48) g.

Götz-München.

Entwicklung und Ergebnisse der modernen Arsentherapie bei Syphilis, von K. Zieler-Würzburg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 47.) Verfasser wendet sich gegen die letzten von Uhlenhuth und Mulzer erschienenen Publikationen, welche für das Atoxyl resp. das atoxylsaure Quecksilber eingetreten waren. Z.s Erfahrungen

mit diesen Präparaten sind durchaus ungünstige gewesen; er findet, daſs sie abgesehen von der Intoxikationsgefahr entschieden weniger leisten, als die alten Quecksilberpräparate und bei schwereren Fällen direkt versagen. Dem durch die Herstellung des Salvarsans erzielten Fortschritt widmet er eine eingehende Würdigung, betont aber (gewiſs mit Recht) die Gefahr einer Überschätzung und weist auf die vielen noch jetzt der Lösung harrenden Fragen in der Syphilistherapie hin.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Arsenpräparate bei der Behandlung der Syphilis und speziell das Präparat 606, von Francesco Mazzini. (*Morgagni.* 1911. Nr. 2.) Eine literarische Studie. *Gunsett-Straſsburg.*

Behandlung der Syphilis mit Arsenpräparaten. (*Bull. méd.* 1910. Nr. 84.) Milian: Hektine und „606" sind von auſserordentlicher Wirksamkeit, doch letzteres in höherem Grade. M. hat noch nie üble Folgen von diesem Mittel gesehen.

Salmon tritt für eine Ausscheidung des Quecksilbers aus der Syphilistherapie ein. Er hat einen Patienten mit Primäraffekt 14 Tage nach der Injektion von „606" heiraten lassen (!).

Granjux: Der Beweis, daſs nach einer einmaligen Injektion die Syphilis geheilt ist, steht noch aus. Deshalb ist groſse Reserve in der Beurteilung von „606" notwendig.

Emery hat gute Resultate von „606" gesehen ohne besondere Nebenwirkungen. Das Mittel ist jedoch nicht in allen Fällen indiziert.

Jeanselme, Laiguel-Lavastine, Turraine, Sicard und Bizard berichten ebenfalls über auſserordentlich gute Erfolge mit „606". Als Nebenwirkungen wurden Fieber, Schmerzen und Erytheme beobachtet. Bei metasyphilitischen Affektionen zeigte sich kein Effekt.

Leredde: Quecksilber darf noch nicht verlassen werden. Bei initialer Tabes kann es ebenso wie „606" Erfolge haben.

Hallopeau berichtet über seine Erfolge bei der Abortivbehandlung der Lues mit Hektine. Ein Patient, vor vier Monaten behandelt, hat sich neuerdings infiziert. Nach einer Kur gibt H. den Ehekonsens.

Mouneyrat berichtet über seine chemischen Studien der spirillociden Wirkung der Arsenpräparate, die ihn auf Hektine gebracht haben.

Balzer tritt ebenfalls für die Behandlung der Syphilis mit Hektine ein. 2,0 des Mittels entsprechen ungefähr dem Arsengehalt einer Injektion mit „606". Kombination mit Hg ist sehr zu empfehlen. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Die Arsenbehandlung der Syphilis, von John B. Murphy-Chicago. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 55, Nr. 13.) Nach einem kurzen Rekurs auf Ehrlich-Hata 606 empfiehlt M. in der Zeit, bis zu welcher das Präparat nicht in den Händen aller Ärzte ist, das Natrium cacodylicum subcutan zu injizieren. Er sah in einem Falle von Lippensklerose sehr schnelle Heilung infolge Injektion mit diesem Präparat.

Schourp-Danzig.

Die Kohlenstoff-Arsenverbindungen in der Behandlung der Syphilis, von Scott C. Runnels-Indianopolis. (*New York med. Journ.* 26. Nov. und 3. Dez. 1910.) R. glaubt, vom theoretischen Standpunkte aus hätten die Cacodylate und speziell Na cacodylicum verschiedene Vorteile vor dem Dioxydiamidoarsenobenzol, das zudem sehr teuer, während beim Cacodylpräparat der Preis kaum nennenswert sei. „606" verursacht Schmerzen bei der Injektion, die Cacodylate hingegen nicht. Ersteres ist viel weniger haltbar, wie das Na cacodylicum und enthält 34 %, das Na cacodylicum 46,8% Arsenik, so daſs dieses 38% (?? Refer.) mehr Arsenik pro Körpergewicht überträgt, theoretisch die Annahme also berechtigt ist, es sei um ein Drittel wirksamer als „606". Die ganze Dosis Na-Cacodylat wird im Blute aufgelöst, während von „606" ein groſser

Prozentsatz unabsorbiert und daher unwirksam an der Injektionsstelle bleibt; diejenigen, welche mit „606“ behandelt worden sind, tragen also unbestimmte Mengen von Arsenik, die keinerlei therapeutischen Einfluſs haben, mit sich herum. Immerhin scheint EHRLICHS Präparat den Vorteil zu haben, daſs jener Teil desselben, welcher ins Blut eintritt, sich leichter zersetzt und daher seinen Gehalt an Arsenik leichter frei gibt als Na cacodylicum. Nach Rs. Ansicht haben die Cacodylate sich würdig zu weiteren Versuchen erwiesen und der einzige Weg, ihren praktischen Wert, auch im Vergleich mit Dioxydiamidoarsenobenzol zu zeigen, ist der der therapeutischen Anwendung. Beide Präparate sind immer noch nicht genügend erprobt, um als äuſserstes Spezifikum angenommen zu werden, aber die bisherigen Resultate lassen hoffen, daſs das Problem der Krankheiten animalisch-parasitären Ursprungs gelöst ist. R. weist schlieſslich, wenn er dazu rät, für diese Art Krankheiten Cacodylate anzuwenden, eindringlichst darauf hin, daſs dieselben absolut rein seien und bei Verderbnis die Gefahren (der Vergiftung) groſse seien; alle Lösungen dürfen jedenfalls erst frisch am Tage der Benutzung hergestellt werden. Mit einer Anzahl Tierexperimente (an Meerschweinchen), wonach Na cacodylicum an Tieren, wenn rein in hohen Dosen (0,1—0,2 g) injiziert, toxische Eigenschaften zeigt. Literatur (59 Arbeiten) über „606“ und die Cacodylate (45 Arbeiten). *Stern-München.*

Organische Arsenpräparate und Quecksilber in der Behandlung der Syphilis, von GAUCHER. (*Bull. méd.* 1910. Nr. 91.) G. berichtet über seine Erfahrungen mit „606“, das er nur auf Wunsch anwandte. Er kommt zu dem Schlusse, daſs Arsenobenzol in den meisten Fällen, nicht in allen, rascher als Quecksilber wirkt, besonders bei ulcerösen Formen. Es wirkt in Fällen, wo Hg versagte, kann aber hierbei auch selbst unwirksam bleiben. Keinesfalls heilt es die Syphilis mit einem Schlage und kann Rezidive nicht verhindern. Bei Affektion innerer Organe kann es gefährlich werden. Deshalb soll dem Quecksilber noch immer die erste Rolle in der Syphilistherapie zufallen. *Richard Frühwald-Leipzig.*

EHRLICHs biochemische Theorie, von LOUIS HART MARKS - Frankfurt a. M. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 55. Nr. 23.) Nichts Neues. *Schourp-Danzig.*

Pro und contra Salvarsan, von P. EHRLICH. (*Wien. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 1.) Auf Grund der bisherigen Erfahrungen sind gröſsere Depots, wie sie durch Injektion gröſserer Dosen an eine einzige Stelle bedingt werden, ganz zu vermeiden; die intravenöse Methode verdient daher den Vorzug. *Schourp-Danzig.*

Der gegenwärtige Stand in der Salvarsanfrage, von WILLIAM ALLEN PUSEY-Chicago. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 56. Nr. 2.) Die Hoffnung auf eine Wirkung des Salvarsan als Therapia magna sterilisans ist aufgegeben. Sein Wert für eine Dauerheilung der Syphilis muſs erst bewiesen werden. Dies ist den Patienten nachdrücklichst klar zu machen. *Schourp-Danzig.*

EHRLICH-HATAs Salvarsan, von W. CHRZELITZER-Posen. (*Reichs-Mediz.-Anzgr.* 1911. Nr. 2.) CHR. berichtet von seinen Erfahrungen bei 61 von ihm behandelten Fällen; auch er weist auf die Merkwürdigkeit hin, daſs das schnelle Verschwinden aller sichtbaren, selbst schwerster Symptome nach der Salvarsaninjektion in keinem Einklang mit der WASSERMANNschen Reaktion steht. Diese wird erst frühestens vier Wochen nach der Injektion negativ und wird sehr oft wieder positiv. *Schourp-Danzig.*

Über das HATA - EHRLICH - Präparat, von EDUARD LANG-Wien. (*Wien. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 2.) Trotz der verblüffenden Wirkungen des Präparates sind die alten Behandlungsmethoden mit Quecksilber und Jod keineswegs überflüssig geworden. *Schourp-Danzig.*

Die Behandlung der Syphilis mit Ehrlichs Salvarsan, von E. Heuss-Zürich. (*Correspondenzbl. f. Schweiz. Ärzte.* 1911. Nr. 1.) Die Erwartungen auf eine rasche, sichere Abheilung der Syphilis hat das Arsenobenzol bis heute nicht erfüllt. In manchen, vielleicht auch in vielen Fällen wird mit dem Präparat eine definitive Heilung erzielt; bei dem Gros der Fälle aber werden mit ihm nur Besserungen, temporäre Abheilungen, allerdings oft überraschendster Art, erreicht, und eine weitere, wenn auch verschwindend kleine Menge von Syphilitikern wird durch Arsenobenzol überhaupt nicht oder nur ganz ungenügend beeinflußt. Salvarsan ist ein Mittel, nicht aber das Mittel. Die Kombination von Arsenobenzol mit Quecksilber und Jod dürfte die besten Erfolge bringen. *Schourp-Danzig.*

Syphilis und „606“. (*Glasgow med. Journ.* Nov. 1910.) Kurze redaktionelle Bemerkung über die chemische Zusammensetzung des Dioxydiamidoarsenobenzols und über die bis dahin mit diesem Mittel bei den verschiedenen Stadien der Syphilis erzielten Erfolge. Das ausgesprochene Bedauern, daß das Mittel der Allgemeinheit der Ärzte noch nicht zugängig sei, ist inzwischen durch Freigabe erledigt.

Stern-München.

Gemeinsame Mitteilung über Syphilis: neue diagnostische und Behandlungsmethoden — die Wassermannsche Serumreaktion und Ehrlichs Nr. 606, von Robert Muir, Carl H. Browning und Joy M'Kenzie - Glasgow. (*Glasgow med. Journ.* Nov. 1910.) In dieser zusammenfassenden Darstellung bringt M. die historische Entwicklung der Wassermannschen Reaktion, welche bekanntlich mit der Entdeckung der Antigene beginnt und von der Agglutinationsreaktion nach der Entdeckung der Spirochäten zur Serumreaktion, der wichtigsten diagnostischen Methode, die wir besitzen, führte. Völlig aufgeklärt ist dieselbe noch nicht und was wir gegenwärtig darüber sagen können, ist, daß im Serum syphilitischer Patienten eine Substanz, wahrscheinlich ein modifiziertes Protein, vorhanden ist, welche in Gegenwart anderer Körper, speziell der Lipoide, zur Komplementfixation führt. Browning und M'Kenzie beschreiben die Einzelheiten der Reaktion, deren vielfache Modifikationen sie für wenig geeignet halten. Sie selbst erklären jedoch das von ihnen eingeführte Verfahren für sehr brauchbar in der täglichen Praxis; es hängt mit der Tatsache zusammen, daß die Menge Komplements, die von einer Serum- und Lecithinmischung absorbiert wird, bei Cholesterinzusatz vermehrt wird, wenn das Serum syphilitisch, aber nicht, wenn es normal ist. Es müssen dementsprechend zwei Proben gleichzeitig ausgeführt werden — bei der einen wird Komplement zu der Serum- und Lecithinmischung zugesetzt, bei der anderen zu der Serum-, Lecithin- und Cholesterinmischung; wenn mehr Komplement in der zweiten als in der ersten absorbiert wird, dann ist die Reaktion positiv. Br. hat bei einer Reihe verschiedenartiger Krankheiten, wie akuter und chronischer Tuberkulose, Typhus, Scharlach, Eklampsie usw. die Reaktion angewandt und unter 101 Fällen sie nur in einem einzigen (von chronischer Phthise) positiv gefunden. Was nun die verschiedenen Stadien der Syphilis betrifft, so reagieren die sekundären Erscheinungen in etwa 95, die tertiären in über 75% positiv; im allgemeinen möchte Br. den Satz aufstellen, daß 85% der Fälle, bei welchen aktive syphilitische Erscheinungen vorhanden sind, eine positive Wassermannsche Reaktion geben. Eine Grenze nach oben, wie lange nach der Infektion positive Reaktion erzielt werden kann, kann nicht gesetzt werden, da Fälle beobachtet wurden, die 40 bis 50 Jahre nach dem Primäraffekt positiv reagierten. Was die Bedeutung der Serumreaktion für die Therapie betrifft, so kommt Br. zu dem Schlusse, daß es angezeigt sei, die Behandlung so energisch, als es mit dem Allgemeinzustand vereinbar sei, auf längere Zeit nach dem Verschwinden aller Symptome, einschließlich positiver Wassermann-Reaktion, zu betreiben und dann in Zwischenräumen wiederholte Proben vor-

zunehmen, wobei Auftreten einer positiven Reaktion als Indikation zu sofortiger Wiederaufnahme der Behandlung anzusehen ist. M'Kenzie bespricht die parasyphilitischen Affektionen und den Zusammenhang zwischen Syphilis und kongenitaler mangelhafter psychischer Entwicklung. Wenn auch bei Tabes und Paralyse die Serumreaktion nur in 70—80% der Fälle eine positive ist, so hat andererseits die Behandlung mit 606 in manchen Fällen zweifellose Besserung gebracht und dies ist neben manchen anderen Faktoren für Br. Beweis genug, daſs diese Affektionen auf ein syphilitisches Virus zurückzuführen sind. (Unter 16 von Br. mit 606 behandelten Fällen von allgemeiner Paralyse zeigten 4 unzweifelhafte Besserung). Er bringt ferner einige bemerkenswerte Beispiele von angeborener Geistesschwäche, wo die Serumreaktion positiv war, ohne daſs andere syphilitische Stigmata vorhanden waren, und hält daher für sicher, daſs die Syphilis bei angeborenen psychischen Defekten eine weit gröſsere Rolle spielt, als allgemein angenommen wird. Die Serumreaktion sollte daher zur Aufklärung der Ätiologie solcher Krankheiten über eine groſse Reihe von Fällen angewandt werden. Es werden noch des näheren die Eigenschaften von 606, die Darstellung der zur Injektion geeigneten Lösungen (als schwach alkalische Emulsion, mit destilliertem Wasser auf 15—20 ccm gebracht, von K. bevorzugt, intraskapulär oder intramuskulär injiziert) und die Erfolge, die Verfasser in ihren nicht sehr zahlreichen Fällen gehabt und die mit den allgemein erzielten nahezu übereinstimmen, beschrieben; als Kontraindikation der Behandlung mit 606 werden vorgeschrittene Arteriosklerose, akute Geistesstörungen und Erkrankungen des Nervus opticus genannt. *Stern-München.*

„606“ oder Dioxydiamidoarsenobenzol, von Edgar G. Ballenger-Atlanta. (*New York med. Journ.* 10. Dez. 1910.) Wie der Titel der Arbeit besagt, bringt sie eine, jedenfalls recht mühsame Zusammenstellung der hauptsächlich am Virchowschen Krankenhaus zu Berlin, aber auch anderwärts erzielten Resultate mit 606, also eine Wiederholung von Berichten, welche den Lesern der *Monatshefte* schon aus anderweitigen Publikationen bereits bekannt sein dürften. B. gibt zum Schlusse seiner fleiſsigen Arbeit den Ärzten den Rat, die Anwendungsart des neuen Mittels recht eingehend zu studieren, um nach dessen Freigabe möglichst gerüstet zu sein.

Stern-München.

Der jetzige Stand der Arsenobenzolfrage in der Syphilisbehandlung, von A. Bayet-Brüssel. (*Journ. méd. de Brux.* 1910. Nr. 50.) In diesem neuen Artikel betont Bayet seinen ablehnenden Standpunkt dem Arsenobenzol gegenüber noch mehr als früher. Er gibt zu, daſs das Medikament von eklatanter Wirkung auf die Symptome der Syphilis ist. Aber Symptome heilen ist nicht identisch mit Heilung der Syphilis. Auch mit Jodkalium gelingt es oft, Gummata schnell zur Heilung zu bringen, und doch spricht man dann nicht von einer Heilung der Syphilis. Und eine Heilung der Syphilis, d. h. eine definitive Sterilisation erreicht man mit dem Mittel nicht. Als Hauptindikation sieht Bayet deshalb für das Mittel momentan nur die ganz schweren, gefahrdrohenden Fälle von Syphilis an, in denen es von verblüffender Wirkung ist. *Gunsett-Straſsburg.*

Bericht über sieben mit Salvarsan behandelte Syphilisfälle, von Mark Marshall-Annarbor. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 56. Nr. 3.) M. hebt die schnelle Heilwirkung hervor. *Schourp-Danzig.*

110 Fälle von Syphilis, behandelt nach Ehrlich-Hata, von Leonor Michaelis-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 37.) Verfasser verfügte über ein zu normalen Zeiten seltenes Krankenmaterial von schweren, gegen Hg- und Jodkaliumbehandlung resistenten Fällen und sah glänzende Erfolge. Indiziert hält er die Injektion in den Fällen, bei denen Hg-Behandlung resultatlos bleibt, und denen, welche Hg nicht ver-

tragen; ferner in den Fällen von Syphilis, bei denen Quecksilber wegen bestehender Organerkrankungen wie Nephritis gern vermieden wird. *Arthur Schucht-Danzig.*

Eine bequeme, schmerzlose Methode der Ehrlich - Hata - Injektion, von Kromayer-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 37.) Kromayer stellt eine Emulsion des neuen Mittels mit Paraffin her, entsprechend der Hg-Paraffinemulsion: Eine gewisse Menge 606 wird im sterilen Mörser mit wenig Paraffin. liquid. angeschlemmt und unter allmählichem Zusatz weiteren Paraffins sehr fein verrieben, in ein steriles 50 ccm-Fläschchen gebracht und genau bis 30 ccm aufgefüllt, so daſs je 1 ccm der Emulsion 0,1 des Präparates enthält. Die Injektionen sind kaum schmerzhaft, ihre Wirkung ist die gleiche wie bei der ursprünglichen Technik.

Arthur Schucht-Danzig.

Sechszehn Fälle von Syphilis, behandelt mit Ehrlichs Salvarsan, von M. F. Engman, W. H. Mook und John W. Marchildon-St. Louis. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 56, Nr. 2.) Kasuistik. *Schourp-Danzig.*

Bericht über die Behandlung der ersten 100 Fälle mit „Ehrlich 606" am Kaiser Franz Joseph-Ambulatorium in Wien, von Maximilian v. Zeissl - Wien. (*Wien. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 38.) Bei zehn mit Ehrlichs Präparat durchgeführten Präventivkuren traten keine Allgemeinerscheinungen auf, alle nahmen an Körpergewicht zu. Bei Erkrankungen des Zentralnervensystems sollte das Präparat nur dann angewandt werden, wenn die genaueste klinische Untersuchung eine Aussicht auf Besserung gibt. Besondere Vorsicht ist bei Hemiplegikern geboten, da die Injektion bei den meisten Kranken eine Pulsbeschleunigung hervorruft, und bei solchen Kranken das Blutgefäſssystem des Gehirns nicht ganz krankheitsfrei ist.

Schourp-Danzig.

Ehrlichs Syphilisheilmittel bei einigen Fällen innerer Lues, von Meidner-Berlin. (*Ther. d. Gegenwart.* Sept. 1910.) Die Anwendung des Mittels bei schwerer Anämie und Leukämie erweist dessen Ungefährlichkeit. Während viele Arsenpräparate einen deutlichen Effekt auf die Blutregeneration ausüben, lieſs das neue Mittel in dieser Hinsicht im Stich, eine Stütze für die Spezifität der Wirkung des Mittels.

In drei Fällen von Malum perforans trat Heilung erstaunlich schnell ein. In sechs Tabesfällen zeigte das Mittel keine wesentliche Einwirkung, nur in einem Falle gingen schwere ataktische Erscheinungen auffallend zurück. Bei einem Fall von cerebraler Lues trat die günstige Wirkung sehr schnell ein, während zwei Fälle von spinaler Lues nicht wesentlich beeinfluſst wurden. Ein älterer Fall von luetischer Augenmuskellähmung und einer von postluetischen nächtlichen Kopfschmerzen wurden gebessert bzw. „geheilt." *Arthur Schucht-Danzig.*

Erfahrungen über die Behandlung der Syphilis mit Dioxydiamidoarsenobenzol (Ehrlich 606), von Bruno Bloch-Basel. (*Correspondenzbl. f. Schweiz. Ärzte.* 1911. Nr. 3.) In Übereinstimmung mit allen früheren Beobachtern sieht Bl. im Arsenobenzol ein Mittel, welches gegen alle Manifestationen der Syphilis, in allen ihren Stadien eine unzweifelhafte, prompte, überaus intensive Wirksamkeit besitzt. Es fehlt dem Präparat nur noch eine Bedingung: die absolute Sicherheit einer definitiven Dauerheilung. *Schourp-Danzig.*

Die Anwendung des Ehrlichschen Heilmittels Salvarsan in der allgemeinen Praxis, von Hermann Weber - Berlin - Weiſsensee. (*Klin. ther. Wochenschr.* 1910. Nr. 51 u. 52.) Nichts Neues. *Schourp-Dauzig.*

Einige Bemerkungen über die Wirkung des neuen Ehrlichschen Präparat „606", von S. Ehrmann-Wien. (*Wien. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 38.) Das Präparat wirkt auf die verschiedensten Syphilome bedeutend rascher zurückbildend als die wirksamsten Quecksilberpräparate. In ganz vereinzelten Fällen bessern sich die Krank-

heitserscheinungen sehr rasch, um dann weiter keine Veränderugen mehr zu erfahren, in diesen Fällen ist durch eine zweite Injektion die Heilung zu erzielen.

Schourp-Danzig.

Über Syphilisbehandlung mit Ehrlich 606, von Gennerich-Kiel. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 38.) Verfasser konnte das Mittel an einem höchst interessanten Krankenmaterial (Marine-Lazarett) erproben. Er glaubt mit Kalomelspritzkur und intensiver Jodkaliumdarreichung nicht so schnell zum Ziele gekommen zu sein. Ein Fall von kompletter Parese bekam einen Tag nach der Ehrlichschen Behandlung ein freies Sensorium, das zwei Monate lang getrübt war, konnte ohne Hilfe aufstehen und die Hand geben. Bei einem Fall von Hemiplegie kannte bereits am ersten Tage nach der Behandlung der völlig gelähmte Arm bis zum rechten Winkel gebeugt werden. Eine gute therapeutische Wirkung ist nur bei Dosen von 0,6—0,7 zu erwarten.

Die negative Serumreaktion wird am leichtesten erreicht bei Frühbehandlung; die Dauer der erzielten negativen Phase der Serumreaktion hängt lediglich von der eingeführten Arzneimenge ab. Exantheme haben relativ lange positive Serumreaktion; frische Fälle stellen sich vergleichsweise ungünstiger als Rückfälle. Ältere lokale Syphilis ergibt leicht negative Serumreaktion. Positive Schwankung bei vorher negativer Reaktion kommt hier wie nach Hg vor. Eine vorausgegangene Hg-Behandlung scheint von Vorteil zu sein, auch bezüglich des Verhaltens der Serumreaktion.

Arthur Schucht-Danzig.

Zur Technik der Ehrlich-Hata-Injektion, von Hermann Meyer-Schlachtensee-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 38.) Eine Mahnung, den Lesserschen Handgriff (Abnehmen der Spritze von der Kanüle nach dem Einstich) nicht zu verabsäumen. *Arthur Schucht-Danzig.*

Über die Heilwirkung von Ehrlichs „606" durch die Mutter auf den Säugling, von Mathias Dobrovits-Poszony. (*Wien. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 38.) Ein viermonatiges Kind zeigte einen Pemphigus und Rhinitis. Die Mutter war ohne klinische Symptome, reagierte aber nach Wassermann stark positiv. Die Mutter erhielt eine Injektion von 0,6 g; die Milchsekretion nahm trotz Fiebers nach der Injektion nicht ab, der Säugling besserte sich bedeutend. *Schourp-Danzig.*

Zur Technik der Behandlung mit dem Ehrlich-Hataschen Präparat 606, von K. Junkermann-Dortmund. (*Med. Klin.* 1910. Nr. 40.) Die Wirkung der neutralen Emulsion nach Wechselmann ist zu träge, die Spirochäten verschwinden oft langsam. Für die beste Methode hält Verfasser die von Alt, nur mit dem Unterschiede, dafs er die 15%ige Natronlage statt Normalnatronlauge zur Fällung des Salzes und ferneren Lösung benuzt. Das Volumen der Lösung beträgt 8 — 10 ccm. Die Nähe des N. ischiadicus ist zu vermeiden. *Arthur Schucht-Danzig.*

„Über Herstellung gebrauchsfertiger Lösungen von Dioxydiamidoarsenobenzol", von Kromayer-Berlin. (*Med. Klinik.* 1910. Nr. 40.) Abwehr der Einwände von Citron und Mulzer. *Arthur Schucht-Danzig.*

Beobachtungen über die Wirkung des Dioxydiamidoarsenobenzol bei Syphilisformen, von X. v. Watraszewski-Warschau. (*Allg. med. Ctrl.-Ztg.* 1910. Nr. 44.) W. behandelte 30 Fälle. Bei bestehender exulcerierter Sklerose mit Leistendrüsenschwellung erfolgte binnen wenigen Tagen nach der Einspritzung eine Überhäutung nebst deutlichen Einflufs auf die Volumenverminderung der Drüsen; bei schon vernarbter Sklerose mit ausgesprochener multipler Drüsenschwellung war schon nach einigen Tagen ein Rückgang der Adenopathie festzustellen. Maculöse Exantheme schwanden binnen wenigen Tagen, ebenso frische Schleimhautpapeln, während luxurierende breite Kondylome etwas längere Zeit in Anspruch nahmen. Die eklatantesten

Erfolge waren in Fällen von Syphilis gummosa und tuberculo-ulcerosa der Haut, der Mund- und Rachenschleimhaut zu verzeichnen. *Schourp-Danzig.*

Die Lösungsverhältnisse, die Technik, die Symptome und die Wirkung des Ehrlich-Hata-Präparates, von A. Spatz-Budapest. (*Gyógyászat.* 1910. Nr. 47.) Verfasser benutzte statt normaler Natronlauge (4%) eine 20%ige und statt konzentrierter Essigsäure, Acid. hydrochloricum dilutum. Dadurch ist das Arsenobenzol in viel kleinerer Menge löslich und alkalisierbar und kann, was das wichtigste ist, außergewöhnlich fein verrieben werden. Mit dem Acid. hydrochloricum dilutum erreichte der Verfasser, daſs sich nach dem Neutralisieren nicht überflüssiges Natriumacetat, sondern Chlornatrium bildet, und so wird der physiologischer Kochsalzlösung ähnliche isotonische Stoff injiziert; die Absorption der so bereiteten Emulsion ist eine raschere und die Injektion ist auch nicht schmerzhaft. Seitdem Verfasser die sogenannten neutralisierten Lösungen anwendet, milderten sich die Schmerzen bedeutend. In den ersten Fällen machte die Menge der Lösung 14—26 ccm aus, später ging er auf 6 bis 8 ccm zurück. Bei wohlbeleibten Individuen ist mehr das intramuskuläre Verfahren ratsam, weil die sich eventuell im Fettgewebe deponierende Emulsion eine groſse Infiltration und lokale Schmerzen hervorrufen kann, die Absorption sehr langsam erfolgt und eine Hautgangrän nach sich ziehen kann. Eine heftige allgemeine und lokale Reaktion ruft die Injektion bei den Potatoren hervor: brennender, spannender Schmerz auch bei einem kleinen Infiltrat, hohes Fieber (39,4—39,7°), das zwei Tage anhält, motorische Störungen, arythmische Herztätigkeit. Mit Preisz nahm Verfasser Tierversuche an Affen vor. Die Tiere blieben gesund, aber jenes Individuum, von dem das erste Inokulationsprodukt stammte, bei dem klinische Symptome zur Inokulationszeit nicht gefunden worden sind, bei dem Wassermann wiederholt negativ war, gab eine sehr starke Wassermann-Reaktion und war im Stadium der Eruption eines groſsen fleckigen Syphilids. Das zweite Individuum, von dem eine sich rückbildende Papel für die Inokulation verwendet worden ist, war klinisch vollkommen symptomfrei und die Wassermannsche Reaktion gab einen vollkommenen negativen Befund. Was die Wirkung des Arsenobenzols betrifft, faſst Verfasser seine Erfahrungen in folgendem zusammen: 1. Die Epithelbildung und die Erweichung der primären Sklerose kann schneller erreicht werden als mit Quecksilberbehandlung, aber die Resorption der Drüsen nimmt ungefähr ebensoviel Zeit in Anspruch. 2. Dieselbe Bewandtnis hat es bei der Wirkung auf maculo-papulöse, papulo-pustulöse Exentheme, luxurierende, nässende Pappeln in der Mastdarmgegend. 3. Überraschend ist die rasche Heilung, die Rückbildung der Plaques auf der Mundschleimhaut und den Tonsillen. Am überraschendsten ist der Quecksilber- und Jodbehandlung gegenüber, daſs die refraktären Syphilide, Lungensyphilis, zerfallende Gummen, die Fälle der serpiginösen, tuberogummösen, pemphigusartigen, der Syphilis gravis vera, 12—18 Stunden nach der Injektion eine bedeutende Veränderung aufweisen. Die Gummen begrenzen sich, ihre Ränder erscheinen wie mit einem scharfen Messer umgeschnitten, und 18—36 Stunden später sind die mit schmutzigem grauen Detritus bedeckten zerfallenden Ulcera mit lebhaft granulierenden Inseln übersät. Individuen mit abgemagertem Körper nahmen in zwei Wochen um 8—12 kg zu. Man erzielt keine charakteristische, sich kontrahierende sternförmige Narben, sondern die Narbenbildung ist glatt und gleichmäſsig. Einmal hatte Verfasser Gelegenheit zu beobachten wie die „Crise gastrique" einige Wochen hinausgeschoben wird, und wie sich die Intensität bessert. Bei einem Paralytiker beobachtete er eine Besserung der psychischen Symptome. Bei primären Sklerosen soll in jedem Fall injiziert werden. Wenn Herxheimersche Reaktion auch 24 Stunden später besteht, wenn sich die Symptome langsam zurückbilden, wenn Spirochäten 24 Stunden später im Reizserum nachgewiesen werden können, kann eine

entsprechende Quecksilbertherapie eingeleitet werden. Bei papulösen, papulo-pustulösen, lentikulären Syphiliden, bei den luxurierenden, nässenden Papeln des Anus, des Scrotums ist vorher eine Quecksilberbehandlung zu empfehlen. Nach Absorption der Infiltrate entfaltet die Arsenobenzol-Injektion leichter ihre sterilisierende Wirkung. Bei den Plaques der Schleimhäute dem Quecksilber gegenüber refraktärer Syphilis maligna vera, bei gummösen, pemphigoiden, serpiginösen Syphiliden ist in allen Fällen Arsenobenzol zu injizieren und diese Fälle sind bei Rezidiven für Reinjektionen am ehesten zu empfehlen. *Poross-Budapest.*

Zur Bewertung der Wirksamkeit von Ehrlich-Hata 606, von Hecker-Düsseldorf. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 46.) Bei einem Manne, der einen typischen Primäraffekt, aber noch keine Spur von Sekundärerscheinungen aufwies, waren 0,6 g Salvarsan, nach der Methode Wechselmanns angerührt, injiziert worden. Nach 14 Tagen war die Sklerose verheilt, eine nach fünf Wochen vorgenommene Wassermannsche Reaktion hatte negatives Ergebnis; wenige Tage nach der Blutuntersuchnng aber zeigten sich im Sulcus coronarius mehrere stecknadelkopfgrofse Ulcerationen, die als nässende, erosive Papeln aufgefafst werden mufsten, ihr Reizserum enthielt zahlreiche Spirochaetae pallidae.

Bei einem anderen, seit zwei Jahren syphilitischen Manne mit nässenden Papeln an den Genitalien und ausgedehnten Plaques muqueuses auf den Tonsillen bewirkte Injektion von 0,3 Salvarsan rasches Eintrocknen der Papeln, während die Plaques nicht beeinflufst wurden. Auch nach einer zweiten Einspritzung von 0,2 g blieben noch bedeutende Reste der Plaques auf den Tonsillen bestehen, das Reizserum dieser Partien wies massenhaft Spirochaetae pallidae auf.

Die beiden Beobachtungen beweisen, dafs vor übertriebenem Optimismus bei der Bewertung des Salvarsans gewarnt werden mufs; der erste Fall zeigt im besonderen, dafs auch bei ganz frischer Infektion, im Primärstadium, eine Sterilisatio magna mi der einmaligen Dosis von 0,6 g nicht immer zu erreichen ist. *Götz-München.*

Die Behandlung der Syphilis auf Grund der neuesten wissenschaftlichen Errungenschaften, von K. Preis-Budapest. (*Gyógyászat.* 1910. Nr. 40.) Die Syphilis ist ein mikrobielles Leiden, also kein Blutleiden. Das Blut ist gewöhnlich Spirochätenfrei. Nur im Anfang der Krankheit werden die Spirochäten im ganzen Organismus abgelagert. Verfasser schrieb schon 1907: „In den eitrigen Zerfallprodukten der Syphilide ist niemals eine Spirochaeta pallida zu finden, ebenso auch nicht in den sie eventuell bedeckenden fibrinösen Belägen.“ Ferner: „Bei in toto zerfallenen Syphiliden jeden Stadiums werden wir nichts finden, weil mit dem Gewebe zusammen auch die Spirochäten zugrunde gehen.“ Diese Erscheinung hat nicht ihres gleichen in der Pathologie. Wir finden eine gewisse Analogie bei Tuberkulose; in vollkommen verkästen Herden findet man keinen einzigen Tuberkelbacillus, das gleiche findet man auch bei Rotz usw. Aber was dort eine Eventualität ist, ist hier die Regel. Mit dem nekrobiotischen Zerfalle des luetischen Infiltrats geht auch der Zerfall der Spirochäten einher, ohne Rücksicht darauf, aus welcher Ursache es der Resorption verfällt. Die Abnahme der Zahl der Spirochäten geht gewöhnlich mit der Rückbildung der bebetreffenden Syphilide einher, ohne Rücksicht darauf, ob diese Rückbildung spontan oder infolge einer spezifischen Behandlung erfolgt. Spirochäten können auch dann gefunden werden, wenn die Syphilide infolge antiluetischer Behandlung schon in der Rückbildung sind. In dieser Hinsicht ist nicht die vorangegangene antiluetische Behandlung, sondern allein der klinische Charakter der Syphilide mafsgebend. Es mag von irgendeinem Antisyphilitikum die Rede sein, so darf man einzig und allein von dem Umstande, dafs die Spirochäten nach einem gewissen System, namentlich im „Reizserum“ nicht nachgewiesen werden können, durchaus nicht die Folgerung

ziehen, daſs es eine bakterizide Wirkung hat. Wenn vom Infiltrate nur ein klein wenig zurückbleibt, bleiben auch die Spirochäten da, wenn auch in kleinerer Anzahl, aber sie können sich nach einiger Zeit wieder vermehren. NEUMANN wies schon vor 25 Jahren histologisch nach, daſs man unterhalb der seit Monaten oder gar seit einem Jahre geheilten Syphilide immer eine geringgradige perivaskuläre Infiltration findet, und dieses Residuum hielt er für den Sitz des Virus, von dem die Rezidive ausgehen. Er sagte sogar, daſs die Rezidive keine Rezidive sind. In Narben verschlossene Spirochäten, die jeder Therapie widerstehen können, sind eine Unmöglichkeit. Eine Narbe kann nämlich nur auf Grund eines Gewebszerfalles entstehen, mit dem Gewebe zusammen zerfallen aber auch die Spirochäten. Verfasser und FÜESZ fanden 1906 Spirochäten auch in solchen Syphiliden, die schon infolge spezifischer Behandlung stark im Verschwinden waren. Deshalb, weil, wie schon NEUMANN betont, die klinische Heilung der Syphilide nur eine Pseudoheilung ist, muſs die spezifische Therapie auch über die Scheinheilung hinaus fortgesetzt werden, d. h. man muſs eine Therapia magna vornehmen. Die Frage der endgültigen Heilung der Syphilis degradierte sich zur Frage der Heilung der Syphilide. Und wenn ein neues Mittel kommt, das allein die Syphilis endgültig heilen will, so muſs in erster Reihe darauf gesehen werden, wie sich die Verhältnisse bei dem neuen Mittel in Sachen der Syphilide gestalten. Die endgültige Heilung der Syphilis kann nicht kontrolliert werden, wohl aber die Heilung der Syphilide. Am einfachsten kann die HERXHEIMERsche Reaktion derart ausgelegt werden, daſs der plötzlich eintretende massenhafte Zerfall der Zellen mit einem gewissen Reiz einhergeht, der einen geringen Grad der Entzündung (Hyperämie und Ödem) auslösen kann, also eine „Reizentzündung“ im Sinne TÖRÖKs und PHILIPSONs; und da die Reizbarkeit der Haut individuell verschieden ist, kann nicht bei jedem diese Reaktion gefunden werden. Keinesfalls darf man aus dieser Reaktion eine therapeutische Folgerung ziehen. Die Syphilis ist ein Mikrobienleiden, man muſs also nicht nur die lokale Wirkung, die Gewebsveränderung, sondern auch die Einwirkung, d. h. die von der Syphilis ausgehende Intoxikation in Betracht ziehen. Diese kann von den Toxinen der Spirochäten, von den Endotoxinen, von den Albuminotoxinen des pathologischen Gewebes entstehen und kann um so eher zur Geltung kommen, je länger die Syphilide bestehen. Gerade deshalb ist das Hauptprinzip der Therapie, daſs Syphilide nicht entstehen, und wenn sie entstanden sind, nur kurze Zeit bestehen, d. h. rasch und gründlich heilen sollen. Der Tabes- und Paralysisprozeſs wird nicht durch das Luesgift erhalten, er ist keine Lues, sondern nur die Folge einer Intoxikation. Kuren kann man nicht addieren: z. B. 5×20 Schmierkuren in verschiedenen Zeitperioden vorgenommen, sind im Endresultat nicht 100, sondern so viel wie nichts, denn die Syphilide heilten immer nur scheinbar und der Patient wird indessen von der Intoxikation heimgesucht. 50 Einreibungen nacheinander, und zwar 10 à 3 g, 10 à 4 g und 30 à 5 g ist schon etwas. Der Arzt muſs den Patienten in den ersten zwei Jahren wöchentlich vom Scheitel bis zur Zehe untersuchen und bei zweifelhaften Symptomen, wie sie im Kopfe und im Munde vorkommen können, eine Spirochätenuntersuchung vornehmen. An dieser Forderung ändert das EHRLICHsche Mittel auch nichts. Die intermittierende Behandlung ist jetzt schon schwerer zu begründen, denn die Spirochäten, welche bei der ersten Behandlung nicht getötet werden konnten, können auch nicht mit der zweiten Kur vernichtet werden. Deshalb, weil vielleicht irgendwo ein frisches Symptom ist, müſste der Patient bis an sein Lebensende behandelt werden. Die intermittierende Behandlung verstehen auch die Patienten und sie pflegen sie sich auch zu verordnen. Groſse Kuren pflegt man nicht intermittierend vorzunehmen. Kleine Kuren haben keinen Wert. Deshalb glaubt Verfasser, daſs an Stelle der Therapia intermittens 606 treten wird. Syphilis bringt durch Vermittlung

der Blutzirkulation die Gewebsveränderung zustande. Deshalb mufs man auf dem Wege der Zirkulation die Behandlung vornehmen und nicht lokal. Verfasser sah oft Patienten, die schon seit Wochen auf dem Ulcus ein Heftpflaster hatten und immer fand er ohne längeres Suchen Spirochäten, während er nach zwei bis drei Einschmierungen im Serum nichts, im Infiltrat nur nach langem Suchen ein bis zwei Spirochäten entdecken konnte; deshalb meidet er seit zwei Jahren die lokale spezifische Behandlung, weil man sich so oft des einzig richtigen Beweises beraubt, der zeigt, ob die allgemeine Behandlung intensiv genug ist. Die lokale Behandlung beeinflufst die Oberfläche und sie ist im strengsten Sinne des Wortes eine oberflächliche Behandlung, die bezüglich des Heilerfolges den Arzt nur täuscht. Dies mufs um so eher betont werden, weil nach einem deutschen Verfasser, wenn die Wassermannsche Reaktion negativ ist und doch Plaques im Munde sind, keine allgemeine Behandlung, sondern nur Ätzung mit Lapis notwendig ist. Namentlich die lokale Behandlung der Stelle ist überflüssig, denn bei energischer Behandlung heilt sie auch so. Vergebens schneiden, ätzen wir die Sklerose, in den Lymphwegen bleiben immer einige Dutzend Spirochäten übrig, die sich vermehren können. Verfasser machte oft die Wahrnehmung, dafs Jod Reizsyphilide zustande bringt, besonders in der Nasenschleimhaut und auf der Kopfhaut. Solche Veränderungen ähneln sehr den durch Jodrhinitis entstehenden einfachen Erosionen bzw. der Jodakne. Verfasser wandte in 60 Fällen das Ehrlichsche Präparat 606 an. Technik: feine, sehr schwach alkalische Emulsion tief unter die Rückenhaut oder an zwei Stellen des einen Glutaeus. Eine peinlich genaue Neutralisierung ist unmöglich. Bei Anwendung der neutralen Emulsion beobachtete Verfasser niemals Fieber und auch nicht Vergiftungssymptome, so dafs er das Mittel auch ambulanter anwendete. Die meisten Patienten konnten am nächsten Tage wieder an ihre Arbeit gehen. Ein Arzneiausschlag kam nie zur Beobachtung. Bei ausgedehnten, nicht behandelten Syphiliden auftretendes „Reaktionsfieber“ kann man mit einer einzigen vorher gegebenen Quecksilberinjektion verhindern. Hochgradiger Schmerz war nur in einigen Fällen; zum Morphium zu greifen brauchte er kein einziges Mal. Das Mittel kann also bei gewissenhafter Auswahl der Fälle, bei gehöriger Vorsicht und Technik als vollkommen gefahrlos bei einmaliger Anwendung erklärt werden. In zwei Fällen nahm Verfasser Reinjektion vor, ohne dafs Vergiftungssymptome oder eine Abnahme der Heilwirkung beobachtet werden konnte. Heilwirkung qualitativ, wie die des Quecksilbers. Die Syphilide, die bei Quecksilberbehandlung rasch zu heilen pflegen, heilen auch bei 606 rasch. Konsistente Sklerosen, Drüsengeschwülste, seit langer Zeit bestehende Papeln — wie er sich aus parallelen Versuchen überzeugt hat — vergehen nach ausgiebiger Quecksilberbehandlung viel rascher als mit 606. Sehr ausgedehnte Quecksilberkuren haben viel mehr Kontraindikationen als 606. Die Sterilisatio magna hat sich leider noch nicht bewährt, ja auch die Sterilisation selbst, die bakterizide Wirkung des 606, unterliegt noch einer Kritik, abgesehen davon, dafs das dichte Infiltrat verhindern kann, dafs das Mittel gleichmäfsig zu den Spirochäten gelange. Man kann nur sagen: es ist nicht bewiesen. Die Wichtigkeit des Mittels sieht Verfasser darin, dafs der Heilschatz um ein sehr wertvolles Mittel reicher geworden ist. Wirft man aber die alten, bewährten Mittel in die Rumpelkammer, so sind wir ärmer als zuvor. Es ist ratsam, das Wegräumen des Infiltrats auch weiter dem Quecksilber und Jod zu überlassen, die Sterilisation hingegen dem 606. Es ist nicht ausgeschlossen, dafs es bei einem kombinierten Vorgehen mit einer Kur gelingt, den Patienten zu heilen, deshalb mufs ein Versuch gemacht werden. Eine kleinere Dose des 606, 0.8 g, kann als ausgezeichnetes Diagnostikum in zweifelhaften Fällen benutzt werden, denn ihre unmittelbare Heilwirkung ist so grofs wie die der grofsen Dose. Nur die Dauer des Resultats ist geringer. *Porosz-Budapest.*

Über die Wirkung des Ehrlich-Hataschen Mittels 606 auf die Mundspirochäten, von Gerber-Königsberg. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 46.) G. beobachtete in einem Falle von Mundrachenlues, daſs nach Injektion von 0,5 Salvarsan gleichzeitig mit dem Absterben und Verschwinden der Spirochaetae pallidae auch die vorhandenen Mundspirochäten bewegungslos wurden; während aber die Spirochaetae pallidae verschwunden blieben, fanden sich schon nach wenigen Tagen wieder zahlreiche Spirochaetae dentium in lebhafter Bewegung. Die Wirkung des Salvarsan auf die Mundspirochäten ging also in diesem Falle in der ersten Zeit nach der Injektion genau parallel mit der Wirkung auf die Spirochaetae pallidae. Wenn sich diese Beobachtung bei weiteren Untersuchungen als richtig erweist, dann böte bei Luetikern, die mit 606 behandelt worden sind, das Verhalten der wohl bei jedem Menschen vorhandenen Mundspirochäten einen Maſsstab für die Wirkung des Mittels auf die Spirochaetae pallidae, die ja nicht in jedem Falle von Syphilis leicht zu finden sind. — Bei einem zweiten Falle von Mundrachenlues hat sich, wie in einer Anmerkung mitgeteilt wird, eine Wirkung des Salvarsans auf die Mundspirochäten nicht gezeigt.

Götz-München.

Erfahrungen über das Ehrlich-Hatasche Präparat in internen und neurologischen Fällen, von Hermann Schlesinger-Wien. (*Wien. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 46.) Das Ehrlich-Hata-Präparat ist mitunter von ausgesprochenem Nutzen auch bei schwersten refraktären Fällen von Lues innerer Organe. Seine Anwendung ist häufig von mehr oder weniger schweren Nebenerscheinungen begleitet, welche strikte Indikationen für die Anwendung des Mittels erforderlich machen. Metaluetische Affektionen bieten bei der Behandlung nicht viel Aussicht auf Erfolg. Quecksilber und Jod werden auch in Zukunft bei der Behandlung syphilitischer Erkrankungen der inneren Orgene eine Rolle spielen. *Schourp-Danzig.*

Zur Diskussion über die Erfolge der Ehrlich-Hata-Behandlung in Wien, von Escherich. (*Wien. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 46.) Der Verfasser behandelte sechs Säuglinge mit Injektionen von 0,01 pro Kilo und sah in jedem Falle Besserung des Allgemeinbefindens und Körpergewichtszunahme. Auffällig war die geringe Besserung der Rhinitis; besonders deutliche Besserung zeigten die syphilitischen Knochenerkrankungen. *Schourp-Danzig.*

Verschiedenes.

Vorläufige Mitteilung über die Vorbereitung der Haut für Operationen durch Verwendung von Äthylendichlorid und Jod, von A. J. Wallace-Liverpool. (*Brit. med. Journ.* 28. Mai 1910.) Der vielfach sehr unliebsam empfundene Nachteil der Reizung der Schleimhäute bei Verwendung einer alkoholischen Jodlösung zum Sterilisieren der Haut wird nach W. beim Gebrauch von Äthylendichlorid ganz ausgeschaltet. Er gibt folgende Vorschrift für die Vorbereitung des Operationsfeldes: unmittelbar vor der Operation reinigt man die Haut mit sterilen Tupfern, welche mit einer Mischung von Dichloridäthyl und Alkohol (ana) getränkt sind; dann wird mit reinem Äthylendichlorid abgetupft, worauf eine 2,748%ige Lösung von Jod in diesem Vehikel aufgepinselt wird, und man das so vorbereitete Gebiet mit sterilisiertem Lint bis zum Beginn des Eingriffs bedeckt. Das Athylendichlorid ist nicht explosiv, brennt aber langsam mit viel Rauchentwicklung; es ist mit Alkohol gut mischbar und reizt die Haut nur wenig oder gar nicht. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Untersuchungen über das Verschimmeln des Mais, von Colladi. (*Riv. pellagrol. ital.* 1910. Nr. 3—4.) Die einzelnen Varietäten des Mais leisten dem Verderbnis verschiedenen Widerstand, während die aus ihnen gewonnenen Mehlsorten nicht nennenswert in dieser Hinsicht differieren. Diese verschiedene Widerstandsfähigkeit hängt von der Dicke der Hülle, von der Dichtigkeit der Fasern und von dem Zustande der Stärkekörner ab. Die Infektion des Mais geschieht durch Schimmelpilze; am häufigsten durch Penicilium glaucum, seltener durch Aspergillus flavescens, ausnahmsweise durch Aspergillus fumigatus. Aus den Ergebnissen der Untersuchungen geht hervor, dafs es anzuraten ist, nur diejenigen Maissorten anzupflanzen, die dem Schimmel den meisten Widerstand entgegensetzen. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Dermatologie an der Universität von Philadelphia, von Louis A. Duhring. (*Old penn, med. number.* 4. Juni 1910.) D. gibt hier eine kurze Übersicht über den dermatologischen Unterricht, wie er sich an der Pennsylvania-Universität seit 1870 entwickelt hat. In diesem Jahre hielt Verfasser selbst die ersten Vorträge über Hautkrankheiten, nachdem eine Spezialabteilung für dieselben gegründet war, 1875 wurde D. zum klinischen Professor am Spital der Pennsylvania-Universität ernannt und blieb seitdem eng verknüpft mit der bedeutenden Entwicklung dieser medizinischen Unterrichtsanstalt im allgemeinen wie des dermatologischen Unterrichts im speziellen. Er erwähnt als besonders gutes Unterrichtsmittel der grofsen, vorzüglichen Sammlung von Wachs- und anderen Modellen, wie sie keine andere amerikanische Universität aufzuweisen habe. Neben Duhring haben Hartzell und dann Stelwagon als weitere klinische Lehrer dort gewirkt. D. hebt die Notwendigkeit genauer dermatologischer Kenntnisse sowohl für den praktischen wie den als Sanitätsbeamten wirkenden Arzt hervor und führt Beispiele an, zu wie unnötig unangenehmen Folgen diagnostische Irrtümer von Seite der Quarantäne- und anderer Ärzte, die für Scharlach, Blattern, Lepra usw. ganz einfache Hautkrankheiten gehalten haben, führen.

Stern-München.

Zur Technik der Blutentnahme, von A. Ploeger - München. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 48.) Verfasser hat einen kleinen Halter für die Hohlnadel und zugleich für das Reagenzglas, das zum Aufsaugen des Blutes dient, konstruiert, der entschieden praktisch verwendbar erscheint. Man kann damit bequem beide Stücke in einer Hand halten und hat keine Assistenz weiter nötig. Zu beziehen ist der Apparat von Ludwig Frohnhäuser, München, Sonnenstrafse.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 52. No. 6. 15. März 1911.

Aus der dermatologischen Klinik der Universität Leipzig (Direktor: Prof. Dr. RILLE).

Über den syphilitischen Primäraffekt an der Ohrmuschel.

Von

FRIEDRICH KRAUSE-Corbetha,
zurzeit Medizinalpraktikant am Herzoglichen Landkrankenhause zu Coburg.

Erkrankungen des Gehörorganes infolge von Syphilis kommen zwar in allen Stadien dieser Erkrankung vor; dennoch sind sie, worin Haut- wie Ohrenärzte übereinstimmen, nicht gerade übermäfsig häufig. Besonders zählt der syphilitische Primäraffekt an der Ohrmuschel zu den allergröfsten Seltenheiten. So hat FOURNIER bei seiner immensen Erfahrung blofs vier Fälle beobachtet, und an der hiesigen dermatologischen Klinik ist seit ihrem Bestande überhaupt kein einziger gesehen worden.

Die allererste literarische Mitteilung über eine Syphilisansteckung am Ohre macht angeblich[1] CONRAD SCHELLIG (SCHELLING). In seiner etwa zwischen 1494 und 1497 gedruckten Schrift (In pustulas malas, morbum, quam malam de Francia vulgus appellat etc.) erwähnt er allerdings, dafs die Syphilis nicht nur „per contactum immediate vel mediate", sondern auch durch die Luft übertragen werden könne. So habe sich Kardinal Wolsey, der an Syphilis erkrankt war, in einer Sitzung zum Ohre Heinrichs VIII., seines königlichen Herrn, in der festen Absicht geneigt, um ihn zu infizieren, was ihm auch gelungen sein soll. Nach anderen Schriftstellern hätte er dies bei der Anna Boleyn durch das Gitter des Beichtstuhles ausgeführt.[2]

---

[1] KOHN, JUL., Beiträge zur Kasuistik der extragenitalen Sklerosen. Dissertation, Strafsburg 1891, S. 7.

[2] Herr Prof. RILLE teilt mir mit, dafs er in der Schrift von SCHELLIG die erwähnte Anekdote nicht habe finden können, wohl aber sei nach an ihn gelangter brieflicher Mitteilung von J. K. PROKSCH in WILLIAM TURNBULLS: Inquiry into the origin and antiquity of the lues venerea (London 1786) S. 31 folgende Notiz zu lesen: The following observation from Hume, the prince of modern Historians, vol. IV. Hist. of Henry the VIIIth, as a further confirmation of this report — „Amony the charges against Cardinal Wolsey it is remarkable, that his whispering in the king's ear, knowing himself to be affected with venereal distempers, is an article against him." See p. 162, quart. edit.

Nach BULKLEY hat bereits MICHEL CULLERIER (oncle, 1758—1827) einen Primäraffekt des Meatus auditorius externus beobachtet.

Hieran reiht sich FIELD (1877) mit seinem Berichte über einen Fall, in dem zwei Drittel der Ohrmuschel infolge einer spezifischen Ulceration zerstört wurden; es bleibt aber ungewifs, ob es sich da um einen Primäraffekt oder um ein Gumma gehandelt hat.

Eingehendere Studien über diese Angelegenheit datieren erst seit den umfassenden Werken von BULKLEY und von FOURNIER. Insbesondere haben auch JÉGU, BARATOUX, HERMET und SENDZIAK Spezialarbeiten über diesen Gegenstand geliefert.

So war es mir möglich, aus der bis Ende September 1910 vorliegenden Literatur 27 Fälle zusammenzustellen, die im folgenden ausführlich wiedergegeben werden sollen.

Nicht ohne Interesse ist die Übersicht BULKLEYS über die aus den einzelnen Ländern publizierten syphilitischen Primäraffekte am Ohre, welche noch in der einschlägigen Statistik von SENDZIAK ihre Ergänzung findet:

	BULKLEY	SENDZIAK
Frankreich, Belgien und Kolonien	17 Fälle	11 Fälle
Rufsland, Polen	—	1 Fall[3]
Vereinigte Staaten von Nordamerika	3 Fälle	4 Fälle
Italien	3 „	4 „
Österreich-Ungarn	2 „	3 „
Deutschland, Schweiz, Holland	2 „	3 „
Dänemark, Schweden und Norwegen	—	2 „
Zusammen	27 Fälle	28 Fälle

In neuerer Zeit haben KREFTING, BERLINER, MÜNCHHEIMER, FRIEDMANN, MOSES und SCHEUER BULKLEYS Statistik der extragenitalen Syphilis von 1894—1908 ergänzt.[4]

FOURNIER, FRIEDMANN und MOSES fügen dazu je einen Fall, SCHEUER vier Fälle von Primäraffekt an der Ohrmuschel.

Seitdem habe ich keine Erweiterung dieser Statistiken finden können. Von den in diesen Zusammenstellungen aufgezählten 34 Fällen habe ich unter Hinzufügung von zwei weiteren Fällen (LE RAY 1904 und LEDERMANN 1910) bis Ende September 1910 im ganzen 27 Fälle von Primäraffekten an der Ohrmuschel in der Kasuistik ausfindig gemacht. Auf eine

[3] Fall von GURANOWSKI, siehe unten.

[4] Es ist nicht ausgeschlossen, dafs einzelne Statistiken die Zahl der bislang an der Ohrmuschel beobachteten Initialaffekte insofern etwas zu hoch angeben, als die an FOURNIERS Klinik beobachteten Fälle bald unter seinem Namen, bald unter dem seiner Schüler HULOT, JÉGU, HERMET, LAVERGNE und PERRIN aufgeführt und möglicherweise doppelt gezählt werden.

Gesamtzahl von 9058 in der Literatur verzeichneten extragenitalen syphilitischen Primäraffekten überhaupt beträgt das Prozentverhältnis etwa 0,185%, also etwa 1 : 500.

Kasuistik.

Im folgenden seien möglichst chronologisch geordnet diejenigen Fälle von Ohrmuschelaffekten aufgeführt, die in Form mehr oder weniger ausführlicher Krankengeschichten literarisch fixiert sind.[5]

I. Fall von Field.

In diesem bereits 1877 berichteten Falle ist es aus der Beschreibung nicht ersichtlich, ob das erste oder dritte Stadium der Syphilis vorgelegen hat. Es ist aber nicht ausgeschlossen, dafs es sich hier um phagedänische Entartung eines Primäraffektes handelt.

Er betrifft einen 42jährigen Zimmermann, von dessen linker Ohrmuschel zwei Drittel weggefressen waren. Ein rundes Loch war sichtbar, wobei jedoch der äufsere Gehörgang nicht mehr zu erkennen war. Es bestand grofse Schmerzhaftigkeit. Dieser Zustand hatte drei Monate vorher mit dem Auftreten eines juckenden Ohrblütchens begonnen.

Therapie: Jodkali und Quecksilbernitratzinksalbe.

Dem Gewebsverluste entsprechend war der Gehörgang verengt; die Hörfähigkeit war gut.

II. Fall von Hulot.

21jähriger Böttcher hat vor dem linken Ohre, unmittelbar an der Basis des Tragus, eine grofse ovale Ulceration, von der Gröfse und Breite einer Mandel. Unter einer Kruste von bräunlicher Farbe sieht man ein syphilitisches Geschwür, das so aussieht wie mit venösem Blut durchtränktes Muskelfleisch, mit grauem, speckigem Belag; es ist fast zentral gelegen, nähert sich aber mehr der Basis des Tragus. Es hat einen violetten Hof, eine sehr schmale Entzündungszone und eine indurierte Basis von knorpelig-elastischer Beschaffenheit, mit scharf abgegrenzten Rändern.

Unter dem entsprechenden Processus mastoideus mehrere geschwollene, harte, indolente Drüsen, ein richtiges Drüsenpaket. Aufserdem sind links die Submaxillar- und beiderseits die Inguinaldrüsen ebenso geschwollen.

Seit fünf Wochen am Scrotum nässende Papeln, seit 14 Tagen Halsschmerzen, an den Tonsillen graue Plaques.

---

[5] Vollständig auszuscheiden ist der Fall von Guranowski (Przypadek szankra u uchu szednim. *Gaz. lekarska* 1886, VI, Nr. 20, 390—393), da, wie Heiman (ebd. Nr. 25) und v. Watraszewski (*St. Petersb. med. Wochenschr.* 1886) wahrscheinlich machen, hier eine tertiärsyphilitische Affektion vorliegt. (Vergl. die Referate *Arch. f. Derm. u. Syph.* XIX 1887, S. 387.)

Die Ursache war nicht zu eruieren. Wahrscheinlich ist eine infolge weitverbreiteter Pediculosis corporis aufgekratzte Hautstelle die Eingangspforte für die Syphilis gewesen.

III. Fall von Mraček.

Patient wurde am 1. oder 2. August 1879 von einer Frauensperson hinter das rechte Ohr geküfst. Obwohl er diese Stelle sofort abwischte, bemerkte er schon nach vier Tagen ein kleines nässendes Knötchen, welches stetig wuchs, in 14 Tagen zur jetzigen Gröfse gedieh und in vier Wochen schon wieder überhäutet war.

Am 3. Oktober in die Klinik von v. Sigmund aufgenommen, bot er folgenden Status:

Am Scrotum zahlreiche nässende Papeln, die zum Teil konfluierten, desgleichen an der unteren Fläche des Penis. Am Körper ein eben sichtbares papulöses Syphilid.

Die Lymphdrüsen mäfsig geschwellt, selbst bei genauer Untersuchung konnte an den Genitalien nichts gefunden werden, was für Primäraffekt daselbst gesprochen hätte. Dagegen befand sich an der Hinterfläche der rechten Ohrmuschel und über dem Processus mastoideus eine etwa mandelgrofse, in der Mitte eine kleine Depression zeigende Sklerose, von der Lymphgefäfse und Drüsenknoten nach abwärts zogen. Ebenso waren die Lymphdrüsen der rechten Halsseite und die im Sulcus bicipitalis rechterseits, sowie beide Tonsillen, namentlich die rechte, stark geschwellt, letztere auch oberflächlich ulceriert.

Patient fieberte etwas und verbrachte die Nacht schlaflos, Erscheinungen, welche bis zum Hervortreten eines exquisiten papulösen Exanthems andauerten.

IV. Fall von Bulkley.

33jähriger Buchdrucker kommt am 24. November 1880, um sich wegen eines entzündeten Ohres behandeln zu lassen, da er drei Wochen vorher bei einer Schlägerei von einem mit syphilitischen Mundpapeln behafteten Manne wahrscheinlich ins Ohr gebissen worden war.

Die linke Ohrmuschel war infolge Applikation mit Königssalbe stark entzündet, mit Krusten bedeckt und exulceriert.

14 Tage später war die an der Vorderseite des ödematös geschwollenen Ohres gelegene entzündliche Partie 3 Zoll lang und 2 Zoll breit und ging nach abwärts auf das Ohrläppchen über. Die Oberfläche war ulceriert, unregelmäfsig gestaltet und griff auf den Gehörgang über, der durch die Schwellung verschlossen war. Der Wundschmerz war sehr bedeutend, namentlich in der Nacht.

Es wurden Umschläge von hypermangansaurem Kali und Pilulae laxantes verordnet.

Acht Tage später war die Oberfläche noch mit Eiter bedeckt, reichlich granulierend, doch von besserem Aussehen; der Schmerz war nachts noch intensiv.

Jetzt wurde die Diagnose auf Primäraffekt gestellt und Quecksilbersalbe aufgelegt, innerlich Kalomel gegeben.

Drei Tage später war das Ulcus nur noch 3 Zoll lang und 2 Zoll breit und mit harten, aufgeworfenen Rändern versehen. Die Schmerzen ließsen nach, am 5. Januar 1881 war das Ulcus mit Hinterlassung einer roten, schuppenden Fläche abgeheilt und ein papulöses Syphilid aufgetreten. Später Schleimhautpapeln und Knochenschmerzen.

V. Fall von Pellizzari.

Es handelt sich um einen 56jährigen Lohnfuhrwerker mit blutendem, sehr hartem Primäraffekt von der Gröſse eines Soldo mitten auf der linken Wange und einem zweiten, weniger tiefen Primäraffekt am Ohrläppchen derselben Seite von der Gröſse eines Zweicentesimistückes und denselben Charakteristicis.

Die Region hinter dem linken Ohre, die ganze Seite des Halses und die Regio submaxillaris waren erheblich geschwollen. Es bestanden ferner Impetigo des Haarbodens, nässende Papeln im Munde und im Sulcus coronarius, rotlaufähnlicher Ausschlag auf dem ganzen Körper. Gleichzeitig hatte Pellizzari den 27jährigen Sohn in Behandlung wegen Plaques im Munde und eines Ulcus im Sulcus coronarius glandis.

Vater und Sohn hatten in einem Einkehrgasthofe dieselbe Wäsche zum Abtrocknen nach dem Waschen benutzt, und es ist sehr wahrscheinlich, daſs der Sohn seinen Penis mit einem Tuche, das dann beide zum Abtrocknen des Gesichtes gebrauchten, abgewischt hatte; so infizierte sich der Vater an den beiden erwähnten Stellen mit Syphilis.

Schlieſslich wurde auch die alte Mutter, indem sie ihren Ehepflichten nachkam, infiziert.

VI. Fall von Baratoux.

Ein Angehöriger der Handelsmarine war in betrunkenem Zustande von einem seiner Kameraden bei einem Streite ins rechte Ohr gebissen worden, wobei ein Stück Haut des unteren Teiles des Helix, des Antihelix und des Nachbargebietes der Ohrmuschel abgerissen wurde. Die darauf folgende Blutung wurde durch Tabaksasche und Feuerschwamm gestillt.

Als Patient sich im Februar 1882 mit dieser Wunde vorstellte, war sie bereits im Zustande der Heilung.

Im April kam er neuerlich wegen seiner Ohrwunde, die etwa acht Tage nach der Überhäutung, gegen Ende Februar, wiederum aufgegangen und auf die benachbarten Teile übergegangen wäre.

Die Ulceration betraf den unteren Teil der äußeren Partie des Helix, des Antihelix und fast die Hälfte der Vorderfläche der Ohrmuschel und breitete sich auch auf die Hinterfläche dieser Teile aus. Die Glandulae submaxillares und mastoideae derselben Seite waren geschwollen. Gleichzeitig bestand eine über den ganzen Körper ausgebreitete Roseola.

VII. Fall von Lavergne und Perrin.

26jähriger Schlosser, aufgenommen 15. Januar 1883 in die Klinik von Fournier.

Am 25. Oktober 1882 wurde ihm bei einer Schlägerei von einem Ringkämpfer gelegentlich eines Jahrmarktes ein Stück seines linken Ohres abgebissen. Die Wunde blutete eine halbe Stunde sehr stark und wurde von einem Apotheker verbunden. Nach einer Woche war die Wunde vernarbt, aber es blieb eine Kruste zurück.

Nach etwa vier Wochen kratzte er diese ab, dabei sah er, daß die Wunde wieder aufgeplatzt war und nach seiner eigenen Angabe die ganze Umgebung „auffraß“.

Seit 14 Tagen ein Ausschlag am ganzen Körper, gleichzeitig Halsschmerzen.

Status 16. Januar 1883: Das untere Drittel der linken Ohrmuschel, der hintere Muschelrand, der Processus mastoideus und der obere Teil der Regio sternomastoidea derselben Seite sind zum Teil durch einen ausgedehnten phagedänischen Schanker zerstört. Vor dem Ohre sind das halbe Ohrläppchen, der Rand des Helix und des Antihelix zerstört und eine tiefgehende Ulceration erstreckt sich bis zum Tragus. Auf die Hinterfläche der Ohrmuschel übergreifend geht die Ulceration etwa 3 cm über die hintere Muschelrandfurche hinaus, überragt oben die Spitze des Processus mastoideus und endigt unten in der Höhe einer Horizontalen, die durch den unteren Kieferwinkel gedacht ist.

Im mittleren Teile besteht eine ausgedehnte Fissur, deren Ränder gegenseitig ineinander übergehen und so die Tiefe nicht sehen lassen, die sich aber leicht ausmessen läßt, wenn man die Wundränder auseinanderhält. Die Tiefe beträgt mindestens 2 cm. Der Grund ist mit ziemlich reichlichem, gelblichem Sekret bedeckt. Die Innenflächen des Geschwürs sehen mattrot und grünlich aus. Sie sind warzig und unregelmäßig gestaltet. Der Rand der neben dem Ohre gelegenen Fissur ist in zwei Teile, in einen oberen und einen unteren, durch eine zweite kleine Furche geteilt, die sich in ihrem oberen Teile in die Auriculo-Temporalfurche fortsetzt und nur infolge der anormalen Ausbuchtung der angrenzenden Teile tiefer geworden ist.

Der Teil des Primäraffektes hinter der Fissur hat gelbliche Farbe. Seine Basis ist trocken, zwar mit verschiedenen dicken Krusten nach den

Ecken zu bedeckt, aber deutlich genug, um die darunterliegenden gesunden Teile erkennen zu lassen. Die Ränder sind mit einer erythematösen entzündlichen Zone umgeben, haben serpiginösen Charakter und setzen sich ober- und unterhalb der Fissur in die Umgrenzungen desjenigen Teiles des Primäraffektes fort, der sich vor der Fissur befindet.

In gleicher Höhe mit dem Ohre sieht das ulcerierte Gewebe dunkelrot und glänzend aus, ein wenig seröses Sekret bedeckt seine Oberfläche. In gleicher Höhe mit der Hinterfläche der Ohrmuschel sehen die Teile so warzig aus wie der Teil des Primäraffektes hinter der Fissur. Die unregelmäfsigen Ränder sind teilweise unbedeutend mit Krusten versehen. Es besteht absolut keine Druckempfindlichkeit.

Der ungewöhnliche Sitz der Schädigung, die teils auf Knochenflächen, teils auf dem Ohrknorpel aufliegt, läfst die Feststellung einer Induration nicht zu. Die Regio submaxillaris (in gleicher Höhe mit dem Unterkiefer), die Regio parotidea, sternomastoidea superior und occipitalis sind der Sitz eines kolossal harten, indolenten, hier und da sehr gut palpablen Drüsenpaketes. Das ist die Stelle, wo teilweise der untere Rand des Primäraffektes liegt.

Am Capillitium zahlreiche linsengrofse, kupferrote Papeln, ebensolche reichliche, zum Teil krustöse und squamöse Effloreszenzen an der Stirn, den Augenbrauen, an der Nase und an den Wangen sowie am Kinn.

An der Lippenschleimhaut opaline, hirsekorngrofse Plaques, die tieferen Rachengebilde gerötet. Es besteht starke Schwellung der Submaxillardrüsen, der Glandulae subhyoideae und der Supraklavikulardrüsen.

An der Rückenhaut sieht man erythematöse, papulo-squamöse und krustöse Syphilisformen, ähnlich an den Oberextremitäten.

Inguinaldrüsen geschwollen, indolent. An der Penishaut gruppierte abschilfernde Papeln, zerfallene und nässende Effloreszenzen an der Glans und im Sulcus coronarius.

Therapie: Quecksilberjodürpillen.

4. Februar: Wegen Fiebers und Diarrhöe die Pillen ausgesetzt.

8. Februar: Schmerzen auf der linken Kopfseite. Ohrenbefund (Dr. Hermet) ergibt: Otitis externa diffusa, die allmählich etwas Trommelfellentzündung gemacht hat, hierauf fortschreitende Entzündung der Trommelfellschichten, Trommelfellperforation, Abflufs von Eiter, Otitis media.

15. Februar: Die Trommelfellentzündung abgeklungen. Epithelabschuppung der Hautschicht des Trommelfelles, Trommelfellnarbe.

Der Patient verläfst drei Monate nach seinem Eintritt geheilt das Krankenhaus.

VIII. Fall von Zucker.

Herr X. kommt Juli 1883 wegen einer schmerzhaften Anschwellung am rechten Ohre, die trotz mehrfacher Behandlung stetig zugenommen hat.

Bei genauer Untersuchung zeigt sich die vordere Wand des knorpligen Gehörganges in einer Ausdehnung von 1 cm von der äufseren Ohröffnung stark nach innen und hinten vorgewölbt, der Tragus selbst livid rot verfärbt, auf das Doppelte seines normalen Umfanges verdickt und an seiner Vorderfläche von einer dunkelpigmentierten, strahligen Hautnarbe bedeckt. Im Anschlusse daran ist die ganze Regio parotideo-masseterica stark angeschwollen, bretthart anzufühlen, jedoch nicht schmerzhaft; unter dem Kieferwinkel fühlt man noch deutlich ein ganzes Paket einzeln abzutastender, ziemlich harter und stark vergröfserter Lymphdrüsen. Die Hörfähigkeit ist in geringem Grade herabgesetzt. Sekretion aus dem Ohre besteht nicht. Die hintere Wand des knorpeligen Gehörganges sowie der knöcherne Gehörgang und das leicht zu übersehende Trommelfell bieten nichts Abnormes.

Da der Patient an den Vorderflächen beider Hände je drei bis vier, vor ungefähr acht Tagen entstandene, leicht schuppende, etwa pfennigstückgrofse Effloreszenzen hatte, war es leicht, die Diagnose auf einen syphilitischen Primäraffekt zu stellen. Sonst bestand nur noch geringe Schwellung der Achsel- und Nackendrüsen, keine Inguinaldrüsenschwellung; Rachenorgane sowie Genitalien waren frei.

Nach einigem Leugnen gestand der übrigens verheiratete Patient, dafs er vor etwa acht bis zehn Wochen in Brüssel bei einem illegitimen Coitus in überaus stürmischer Weise geliebkost und ihm „fast die Ohren ausgeleckt“ worden seien. Ob er zu jener Zeit eine Wunde am Ohre gehabt habe, weifs er nicht anzugeben. Vier Wochen später merkte er zuerst beim Rasieren eine Exkoriation neben dem Tragus, die trotz mehrfach angewandter Salben fortwährend an Ausdehnung zunahm, eiterte und ihm wegen der Entstellung lästig fiel. Der Ausschlag an den Händen sei vor etwa acht Tagen, also etwa acht Wochen nach der Infektion, aufgetreten.

Nach Schmierkur erfolgte Heilung.

IX. Fall von Rasori.

Ein 35jähriger Mann kommt wegen einer vor drei oder vier Wochen aufgetretenen Hautaffektion, welche den Körper, die Fufssohlen und Hohlhände bedeckt. Cervikal- und Inguinaldrüsen vergröfsert, Kopfschmerzen.

Ein grofser, harter Primäraffekt erstreckt sich, am Rande des äufseren Gehörganges beginnend, über den Tragus und den Antitragus bis hinab zum Ohrläppchen des linken Ohres. Die Submaxillardrüsen eichelgrofs, hart.

Nach Angabe des Kranken hätte an der Innenfläche der Concha ein Ekzem bestanden, an dem er öfter wegen Juckreizes gekratzt habe. Diese irritierte Fläche war bei einer Liebkosung durch eine Frau, die ihn zufällig auf diese wunde Stelle küfste, infiziert worden.

X. Fall von Hermet.

Eine kräftig gebaute, 42jährige Obsthändlerin, seit 17 Jahren verheiratet, wird aufgenommen in Fourniers Klinik am 21. November 1885.

Anfang September bemerkte sie in der hinteren Ohrmuschelrandfurche ein stecknadelkopfgrofses, schmerzloses Blütchen. Als es sich nach vier Wochen vergröfserte, legte sie abends einen Stärkebreiumschlag auf.

Später bildete sich in der Kopfnickergegend im oberen Drittel ein erbsengrofser Knoten, auf den sie ein spanisches Fliegenpflaster auflegte.

Status praesens: In der hinteren Ohrmuschelrandfurche bestehen zwei Wülste, der eine auf der zur Ohrmuschel, der andere auf der zur Regio mastoidea gehörigen Seite gelegen, von der Dicke eines gewöhnlichen Bleistiftes, ungefähr 5 cm lang. Die Farbe ist braunrot. Sie gleichen zwei grofsen Lippen, und der Vergleich wird noch deutlicher, wenn man die Ohrmuschel nach vorn zieht; es sieht dann so aus, als ob man zwei grofse Lippen halb öffnete. Man bemerkt dann einen klaffenden Spalt, dessen Ränder mit grünlichen Krusten bedeckt sind und dessen Grund in seiner ganzen Ausdehnung von einer grauen, jauchigen, mit leicht blutigem Sekrete bedeckten Ulceration eingenommen wird. Diese Ulceration ist etwa 1 cm tief.

Etwas unterhalb des Ohrläppchens an der Übergangsstelle zur Regio sternomastoidea ist ein kleiner, durch das Zugpflaster hervorgerufener Ekzemherd. Hinter dem oberen Drittel des Sternocleidomastoideus ein deutliches Drüsenpaket.

Am Velum palatinum erosive Syphilide. Am Körper zahlreiche bräunliche, pigmentierte Flecken, wahrscheinlich Spuren einer Roseola.

Zunächst bereitete die Diagnose Schwierigkeit; man konnte sich fragen, ob nicht ein Ekzem vorliege, aber der Verlauf, die Drüsenschwellung und die Plaques am Gaumensegel liefsen keinen Zweifel darüber, dafs Primäraffekt vorliege.

Am 24. November trat eine über den ganzen Körper ausgebreitete Roseola auf, gleichzeitig ein erosives Syphilid der linken grofsen Schamlippe.

Die Untersuchung des Ehegatten der Kranken ergab eine Narbe am Penis nach Primäraffekt, Roseola, Schleimhautpapeln im Munde, ein Ulcus durum an der Zungenwurzel sowie Schwellung der submaxillaren Lymphdrüsen; auch gestand er, mit einem anderen Weibe Verkehr gehabt zu haben.

XI. Fall von Nivet.

Ein Kind von neun Monaten hat einen indurierten Primäraffekt auf der Hinterfläche und unter der Ohrmuschel gehabt und dann Schleimhautpapeln im Munde bekommen, mit denen es seine Mutter beim Säugen infizierte (Beobachtung von Fournier).

XII. Fall von Righter.

Ein Mann tritt in Behandlung, der an der linken Ohrmuschel eine mit englischem Heftpflaster beklebte Ulceration trägt; er selbst hält seine Erkrankung für Mumps.

Bei der Untersuchung stellt sich heraus, daſs die präaurikulären Lymphdrüsen geschwollen sind und die Ulceration alle charakteristischen Eigenschaften eines Primäraffektes hat.

Kurz nachher traten Roseola, Schleimhautpapeln, Haarausfall usw. auf.

Auf Befragen ergibt sich, daſs 14 Tage vorher der Primäraffekt aufgetreten sei.

Der Patient schlenderte mit einem Freunde rauchend über die Straſse. Bei einer Schwenkung kommt der angeheiterte Freund mit seiner Zigarre der Ohrmuschel des anderen zu nahe und setzt dabei eine Brandwunde. Ein Vorübergehender springt herbei und klebt ein mit seinem Speichel befeuchtetes Stück englisches Heftpflaster auf die Brandwunde.

XIII. Fall von Protzek.

Elf Wochen altes Mädchen hat je ein Ulcus induratum an beiden Ohrmuscheln. Weitere Angaben fehlen.

XIV. Fall von Haug.

Patient verunreinigte, als er einen Freund auf vermeintlichen Tripper untersuchte, seinen Finger durch einen an der Harnröhre hängenden Eitertropfen und kratzte sich darauf mit dem verunreinigten Finger wegen Juckreizes an der Ohrmuschel.

Drei Wochen später entstand ein typisches Ulcus durum, das an der Crista helicis saſs und die Gröſse eines Zwanzigpfennigstückes hatte.

XV. Fall von Rochon.

Bei einem 4½jährigen Mädchen besteht über den ganzen Körper verbreitet ein leicht schuppender, schinkenfarbiger, papulöser Ausschlag.

Die Cervikaldrüsen geschwollen, der Rachen gerötet, leichte Inguinaldrüsenschwellung.

Bei den Eltern sind keine spezifische Krankheit, beim Kinde keine Zeichen hereditärer Lues vorhanden.

Das rechte Ohrläppchen ist an seiner Auſsenseite mit einer schwärzlichen, dicken Kruste bedeckt, die fast zentral um den Ohrring herum gelegen ist. Diese Kruste besteht seit etwa vier Monaten, seitdem man das Ohrläppchen von einem umherziehenden Schmuckwarenhändler hatte durchstechen lassen. Während links die Vernarbung schnell vor sich ging, eiterte dagegen die rechte Seite. Als fast die Heilung eingetreten war, bildeten sich wieder neue Krusten.

Unter der Kruste sieht man eine lebhaft rote Fläche, fast von der Gröſse eines Zwanzigcentesimistückes, die um die Stichstelle herum leicht blutet und sich mehr unter- und oberhalb dieser Öffnung ausbreitet. Es sind keine Granulationen um die Öffnung herum vorhanden, der Ohrring hat nicht das Ohrläppchen durchschnitten.

Man fühlt in dem dicken Gewebe eine pergamentartige, sehr gut abgrenzbare Verhärtung, die nur wenig über die Grenzen der Ulceration hinweggeht. An der Innenfläche des Ohrläppchens sieht man gleichfalls eine gelbliche Kruste, kleiner als die andere, die eine ebenso kleinere Oberfläche bedeckt, etwas eingedellt ist und etwas eitrig aussieht.

Da die Finger des Operateurs nur wenig oder überhaupt nicht die Wunde berührt haben dürften, so ist wahrscheinlich das Stechinstrument der Infektionsträger gewesen.

XVI. Fall von Cozzolino.

Betrifft die Lokalisation am Tragus.

XVII. Fall von Nevins Hyde.

Es handelt sich um ein gut genährtes, $2^1/_2$ Monate altes Kind, dessen Eltern gesund waren und sich in guter sozialer Stellung befanden.

Das Kind hatte eine gut entwickelte Initialsklerose am rechten Ohrläppchen an der Stelle, wo eine Wunde durch die Geburtszange gesetzt war, mit deren Hilfe das Kind zur Welt gebracht wurde. Es zeigte auch begleitende Drüsenschwellung und ein ausgeprägtes makulöses Syphilid; ferner Schleimhautpapeln im Munde, durch die das Kind auch seine Mutter infiziert hatte, die einen Primäraffekt an der Brustwarze mit Axillardrüsenschwellung zeigte.

Die Symptome des Ausschlages waren bei der Mutter zu einer Zeit aufgetreten, wo sie beim Kinde bereits völlig verschwunden waren.

Der Vater, der monatelang vor und nach der Geburt des Kindes nicht zu Hause gewesen war, wurde nach seiner Rückkehr genau untersucht: er erfreute sich einer strotzenden Gesundheit und leugnete jede frühere venerische Erkrankung.

Der betreffende Geburtshelfer war ein äuſserst beschäftigter Arzt, der in diesem Falle offenbar unreine Instrumente benutzt hatte.

Die Kinderwärterin wurde gleichfalls untersucht und syphilisfrei befunden.

Das Kind wurde künstlich ernährt und gedieh vorzüglich, die Mutter aber hatte wiederholte Iritiden und ein Gumma in der Brustgegend durchzumachen.

XVIII. Fall von Rille.

Ein 18 Monate altes Mädchen zeigt nahezu universelles Leucoderma syphiliticum, breite Kondylome an Genitale und After, also Zeichen akquirierter Syphilis.

Wie die Infektion zustande gekommen, ist nicht ganz klar. Bei einer Warteperson des Kindes besteht sekundäre Lues. Am Ohrläppchen des Kindes entwickelte sich, wie von den Eltern angegeben wird, nach dem Ohrenstechen ein Knoten, der jetzt noch als halberbsengroſse, braunrote, abschuppende Vorragung nachzuweisen ist; vielleicht handelt es sich da um den Primäraffekt.

XIX. Fall I von Ledermann.

Nähere Angaben über genauere Lokalisation und Krankheitserscheinungen fehlen; die Übertragungsart ist unbekannt.

XX. Fall von Reiss.

Es handelt sich um einen Studenten der Universität Krakau, der vor etwa fünf Monaten (März 1901) wegen eines nässenden Ekzems der Ohrmuschel in die Sprechstunde kam.

Therapie: Diachylonsalbe.

Zwei Wochen später: Die ganze Ohrmuschel stark geschwollen und im Bereiche des Helix und Antihelix derb infiltriert. Die früher als ekzematös bezeichnete Hautpartie war stark über das Niveau der Umgebung emporgehoben und zentral eitrig zerfallen. Die präaurikulären Lymphdrüsen der linken Seite gut tastbar, die Cervikaldrüsen vergröſsert. Die Diagnose war jetzt leicht zu stellen.

Patient bediente sich oft des Rasiermessers eines Kollegen, ohne an eine Reinwaschung, geschweige Desinfektion desselben zu denken. Die Konfrontation ergab bei dem Kollegen Kondylome an der Lippengrenze.

Sieben Wochen später kam bei dem Patienten ein papulöses Syphilid zum Vorschein.

XXI. Fall von Le Ray.

Ein zehnjähriges Mädchen trug seit vier Wochen am linken Ohrläppchen eine Wunde, die nicht heilen wollte. Die Untersuchung ergab einen syphilitischen Primäraffekt mit konsekutiver Drüsenschwellung.

Später bekam das Kind trotz spezifischer Behandlung Schleimhautpapeln.

Der fragliche Primäraffekt war die Folge des Einstechens der Ohrlöcher, welche Operation ein Uhrmacher ausgeführt hatte. Diesen kannte zufällig ein Kollege Le Rays, da er ihn wegen Primäraffektes, Roseola, Anal- und Mundpapeln gerade in Behandlung hatte.

XXII. Fall von Bryant.

Dieser Primäraffekt befand sich am Tragus. Die Infektion kam wahrscheinlich durch Benutzung eines Handtuches zustande, mit dem sich gewöhnlich ein Mann mit Mundpapeln das Gesicht abtrocknete.

Heilung nach einer Quecksilberinunktionskur.

XXIII. Fall II von Ledermann.

Die Sklerose präsentierte sich bei dem 28jährigen Manne als erbsengroßes Geschwür an der Innenfläche der rechten, prall geschwollenen Ohrmuschel. Es waren dabei die präaurikulären Drüsen besonders vergrößert.

Als Infektionsquelle wurde ein Kuß angegeben.

XXIV. Fall von Hutchinson.

Dieser Autor berichtet, ohne weitere Angabe zu machen, von einem Matrosen, der mit einem Kameraden gerauft und dabei mehrere Bißwunden erhalten hatte. Derselbe zeigte sechs bis acht Schanker an den Fingern, Vorderarmen, am Kinn sowie an einem Ohre.

XXV. Fall von Fournier und Hermet.

Durch Kuß zustande gekommener Primäraffekt genau vor dem Tragus.

Reproduziert in Moulage Nr. 307 des Hôpital Saint Louis.

XXVI. Fall von Finger.

Durch Biß entstandener Initialaffekt am Ohrläppchen.

XXVII. Fall von Büttgen.

Betrifft einen in der Poliklinik von M. Joseph behandelten Mann.

Die genauere Lokalisation ist nicht angegeben. Die Ätiologie blieb unklar.[6]

Klinische Zusammenfassung.

Der Altersstufe nach verteilen sich diese 27 Fälle von Primäraffekten der Ohrmuschel folgendermaßen:

Bis zu 15 Jahren: 6 Fälle (11 Wochen, $2^1/_2$ Monate, 9 Monate, 18 Monate, $4^1/_2$ Jahre und 10 Jahre je 1 Fall);

zwischen 15 und 30 Jahren: 3 Fälle (21, 26 und 27 Jahre);

zwischen 30 und 60 Jahren: 5 Fälle (33, 35, 42 [2 Fälle] und 56 Jahre), während von 13 Fällen keine Altersangabe vorliegt.

Das größte Kontingent wird demnach von dem Kindesalter und dem reifen Alter gestellt.

In dieser Beziehung besteht ein Unterschied gegenüber den an anderen Körperstellen lokalisierten extragenitalen Primäraffekten; so fand Bulkley bei 113 von ihm selbst beobachteten, verschiedentlich situierten, extragenitalen Sklerosen 53% zwischen dem 20. und 35. Lebensjahre.

---

[6] Auf andere von den Autoren ohne nähere, nicht einmal genauere lokalisatorische Angaben kursorisch erwähnte Fälle können wir nicht eingehen. So bemerkt z. B. Jullien, daß er teils in Lyon, teils in Pariser Hospitälern zwei oder drei Primäraffekte am äußeren Ohre gesehen habe; es bleibt dabei fraglich, ob diese Pariser Fälle identisch sind mit den von anderen Autoren publizierten Fällen.

Dem Geschlechte nach erscheinen 15 männliche und 5 weibliche Personen befallen, in 7 Fällen fehlt die betreffende Angabe.

Nach Bulkley unterliegen Männer der extragenitalen Syphilisinfektion im allgemeinen häufiger als Frauen.

Von Berufsarten werden folgende verzeichnet: Buchdrucker, Böttcher, Lohnfuhrmann, Obsthändlerin, Schlosser, Student, Zimmermann je einmal, Seeleute zweimal, während in 18 Fällen — darunter rangieren 5 Kinder — der Beruf nicht namentlich angeführt wird. Die Mehrzahl der Erkrankten gehört demnach dem Arbeiterstande an.

Der Infektionsmodus der Primäraffekte an der Ohrmuschel ist recht mannigfaltig. Zunächst werden sie durch direkte Übertragung, d. h. durch Kufs und Bifs, erworben, wie auch schon Fournier betont.

In 6 Fällen der Literatur war das Küssen Ursache von Ohrmuschelprimäraffekten (cf. Fälle III, VIII, IX, X, XXIII und XXV).

In 5 Fällen kam die Infektion durch Bifs[7] syphilitischer Individuen während einer Rauferei zustande.

Die Infizierten waren ein Buchdrucker, zwei Matrosen und ein Schlosser (cf. Fälle IV, VI, VII, XXIV und XXVI).

Ob dabei berechnete Rache, Syphilis einzuimpfen, eine Rolle gespielt hat, ist nicht immer zu erweisen, kann aber gelegentlich der Fall sein.

In zweiter Linie ist die mittelbare, indirekte Syphilisansteckung zu nennen. Zunächst ist diese durch das sog. Ohrlochstechen ermöglicht, insbesondere wenn infizierte Instrumente dazu verwendet werden. Diese Art der Übertragung ist der Syphilis technica im Sinne von Bulkley zuzurechnen.

Bei dem grofsen kulturhistorischen und prophylaktischen Interesse seien einige Bemerkungen über die Geschichte und die Technik dieser Prozedur gestattet.

Sie läfst sich bis in das Altertum zurückdatieren. Das Einhängen von Ringen aus kostbarem Metall mag hin und wieder mit Unannehmlichkeiten für deren Träger verknüpft gewesen sein. Manchmal waren die Ohrgehänge

---

[7] Da Ed. v. Hofmann (Lehrbuch der gerichtlichen Medizin, 9. Auflage, Wien 1903, S. 479) bemerkt, dafs es in einem bestimmten Tale Tirols Usus sei, Raufereien durch Abbeifsen der Ohrmuschel auszutragen, so meint Baratoux (S. 57), es könnte daselbst der syphilitische Primäraffekt am äufseren Ohre häufiger vorkommen als anderswo. Doch hat Herr Prof. Rille während seiner Tätigkeit an der Innsbrucker Klinik niemals einen derartigen Fall beobachtet, und sein dortiger Vorgänger E. Lang (Pathologie und Therapie der Syphilis, 2. Aufl., S. 132 u. 628) erwähnt die Ohrmuschel überhaupt nicht unter den von ihm selbst primärsyphilitisch erkrankt befundenen Körperpartien. — Habermann (Die luetischen Erkrankungen des Gehörorganes. Jena 1896, S. 238) und Gerber (Die Syphilis der Nase, des Halses und des Ohres, 2 Aufl., Berlin 1910, S. 96) sprechen geradezu — also wohl fälschlich — von durch v. Hofmann in Tirol beobachteten syphilitischen Primäraffekten an der Ohrmuschel.

vielleicht zu schwer, so daſs die Ohrläppchen durchrissen wurden. Es gab deshalb eine Klasse von Matronen, die „auriculae ornatrices", welche die Aufgabe hatten, solche Wunden zu behandeln. Ebenso wie man später den Barbieren auſser Rasieren und Haarschneiden noch verschiedene andere Verrichtungen überlassen hat, so hat sich bis zum heutigen Tage, namentlich auf dem Lande, die seltsame Sitte erhalten, das Ohrenstechen durch Goldarbeiter oder Spielwarenhändler vornehmen zu lassen.

Damit ist nicht nur die oft beobachtete Möglichkeit einer Übertragung von Impetigo und Erysipel, sondern auch von Lupus (?) und ganz besonders von Syphilis gegeben. Auch die Entwicklung von Chondromen, Fibromen und sicherlich von Keloiden ist mehrfach verzeichnet worden.

Der namentlich bei der Landbevölkerung verbreitete Glaube, daſs einerseits das Einstechen des Ohrläppchens und das Tragen von Ohrringen einen Schutz gegen „Anflug", Otitis, Augenleiden und Struma gewähre, und daſs andererseits die bisweilen sich entwickelnde Eiterung eine glückliche Ableitung schlechter Stoffe vorstelle, hat gelegentlich dazu geführt, diesen Eingriff bei verschiedenen gesunden und kranken Kindern bei sich bietender Gelegenheit gleichzeitig und en masse vornehmen zu lassen.

Die Technik des Einstechens ist nach LE RAY, BERNHEIM sowie MOREL-LAVALLÉE und DELEAGE die folgende:

Als Operationsinstrumente stehen in Verwendung: 1. ein Kork, 2. ein Pfriemen. Der Kork wird oft bei mehreren Kindern benutzt. Der Pfriemen, der niemals desinfiziert wird, dient für jedermann. Daher ist die Gefahr der Übertragung sehr groſs.

Bei der Operation sitzt das Kind auf einem Stuhle oder auf dem Schoſse seiner Mutter. Der Operateur bringt zunächst den Kork zwischen das Ohrläppchen und die Regio mastoidea, dann spannt er das Ohrläppchen gut über dem Korke an und hält unterdessen seinen Pfriemen mit den Lippen oder zwischen den Zähnen entweder am Heft oder aber, wenn es zu dick ist, am Eisenteile oder an der Spitze.

Ist dann das Ohr gut fixiert, so sticht er rasch den eisernen Teil des Pfriemens, der vorher mit seinem Munde in Berührung gewesen und vielleicht noch feucht vom Speichel ist, in das Ohrläppchen und bis in den Kork. Zuletzt zieht er den Ohrring oder einen dicken Silberfaden durch das Loch im Ohrläppchen, um das Loch offen zu halten. Im letzteren Falle wird der Faden gewöhnlich noch vom Operateur zwischen den Lippen festgehalten.

Es liegen also in dieser Art zu operieren:

1. **die Gefahr, daſs der Operateur die Infektionsquelle bildet;**
2. **die Gefahr der Ansteckung von seiten der operierten Kinder, durch deren Blut die niemals desinfizierten Instrumente befleckt worden sind.**

Bernheim hatte bei einer Anzahl Goldarbeitern, Uhrmachern u. dgl. umgefragt, wie das Ohrlochstechen ihrerseits gehandhabt würde, und konnte dabei gelegentlich einen kleinen Unterschied in der Manipulation feststellen.

So bedienten sich manche eines in einer Kanüle steckenden Troikarts von ungefähr 2 mm Durchmesser. Nach dem Einstechen wird der Troikart herausgezogen und die Kanüle zurückgelassen, dann das Ende des geöffneten Ohrgehänges in die Kanüle eingebracht und die Kanüle zurückgezogen, so dafs der Ohrring in dem Loche bleibt.

Bernheims Umfrage bestätigte ferner, wie wenig Sorgfalt meist auf die angewandten Instrumente verwendet werde. Bald seien sie verrostet und schmutzig, die Spitze des Pfriemens mehr oder weniger stumpf oder dessen eiserner Teil mit Beulen besetzt. Manchmal werden sie höchstens abgewischt, nur selten mit Alkohol abgewaschen; jedenfalls werden sie nie ausgekocht, niemals genügend sterilisiert.

Neuerdings hat aber Bernheim bei einem chirurgischen Instrumentenmacher einen Ohrlochstecher mit automatischem Schieber gesehen. Es ist dies eine Art Zange, deren eine Seite eine Platte bildet, die mit Filz bedeckt ist; die Spitze des Stechers kann abgenommen und sterilisiert werden.

Während eine Hand das Ohrläppchen fixiert, setzt die andere den Apparat in Bewegung und klappt die Feder herunter. Die Finger des Operateurs brauchen nicht die Spitze des Instrumentes zu berühren, die ja ganz gut aseptisch gemacht werden kann.

Am besten wäre es, nur peinlich saubere Leute diese Operationen ausführen zu lassen und ihnen überdies zuvor entsprechenden Unterricht zu erteilen. —

Für diese Infektionsart kommen drei Fälle in Frage (cf. Fälle XV, XVIII und XXI). Im Falle Rilles ist nicht ausgeschlossen, dafs die beim Ohrenstechen gesetzte Wunde durch ein syphiliskrankes Kindermädchen erst nachträglich infiziert wurde.

Auch durch verschiedene Gebrauchsgegenstände sowie durch ärztliche Instrumente kann die Übertragung zustande kommen.

So habe ich im ganzen sechs Fälle in der Literatur gefunden, die unter diese Infektionsmodi einzureihen sind.

In zwei Fällen (cf. V und XXII) erfolgte die Übertragung der Syphilis auf das Ohr durch ein Handtuch, ferner geschah sie in Fall Righter (cf. XII) durch ein von einem Syphilitischen befeuchtetes englisches Heftpflaster, das auf eine Brandwunde an der Ohrmuschel geklebt wurde, weiterhin berichtet uns Haug (cf. XIV) von einem Falle, wo der mit Syphiliseiter beschmutzte Finger Zwischenträger für die Infektion war.

Daſs nicht nur im Gesicht der sog. Rasierschanker eine Rolle spielt, sondern auch an der Ohrmuschel vorkommen kann, davon legt Zeugnis ab der von Reiss (cf. XX) beobachtete Fall.

In sechs Fällen, nämlich im Fall I, II, XI, XIII, XIX und XXVII, ist die Ursache der Ansteckung teils nur zu vermuten, teils dunkel geblieben.

Fournier erwägt noch auſserdem die Möglichkeit einer Übertragung der Syphilis durch den Schalltrichter des Telephons. Authentische Fälle hiervon sind aber bis jetzt nicht bekannt geworden.

Im folgenden wollen wir versuchen, an der Hand der angeführten Kasuistik die Symptomatologie des syphilitischen Primäraffektes an der Ohrmuschel zu entwerfen.

Die genauere Lokalisation ist eine sehr verschiedene. Es wurden in den 27 Fällen als Sitz angegeben: das Ohrläppchen siebenmal (cf. Fall V, VII, XV, XVII, XVIII, XXI und XXVI); die Ohrmuschel fünfmal (cf. Fall I, IV, XI, XIII und XIV); Hinterfläche der Ohrmuschel dreimal (cf. Fall III, VII und XI); Helix und Antihelix dreimal (cf. Fall VI, VII und XX); die Basis des Tragus und Antitragus (inklusive äuſseren Gehörganges) viermal (cf. Fall II, XVI, XXII und XXV); Innenfläche der Ohrmuschel dreimal (cf. Fall VII, IX und XXIII); hintere Muschelrandfurche zweimal (cf. Fall VII und X) und die Crista helicis einmal im Fall XVI. Alle die erwähnten Teile der Ohrmuschel treten mehr oder weniger stark hervor, auch sind sie mit verhältnismäſsig feiner, leicht verletzbarer Haut bekleidet. Es ist daher begreiflich, daſs jeder derselben, wenn nur die nötigen Voraussetzungen zutreffen, ziemlich gleichmäſsig für eine eventuelle Infektion disponiert erscheint.

Die Inkubationszeit der Primäraffekte an der Ohrmuschel ist, wie selbstverständlich, die gleiche wie bei anderweitig lokalisierten Sklerosen. In den von uns gesammelten Fällen schwankt sie zwischen 14 Tagen und vier Wochen.

Die Eintrittspforte des syphilitischen Virus war gewöhnlich durch einen kleinen Epitheldefekt, ein Blütchen, Geschwürchen oder durch ein Ekzem an der Ohrmuschel gegeben. Erst das hartnäckige Bestehenbleiben, das Versagen der in solchen Fällen üblichen lokalen Therapie veranlaſsten die Kranken, ärztlichen Rat in Anspruch zu nehmen.

In den weitaus meisten Fällen war der Primäraffekt an der Ohrmuschel solitär, d. h. nicht vergesellschaftet mit Primärläsionen an anderen Körperstellen. Bloſs in dem Falle von Pellizzari (cf. V) bestand auſserdem noch eine Sklerose der Wange derselben Seite, in Hutchinsons Falle (cf. XXIV) waren gleichzeitig sechs bis acht Primäraffekte an Fingern, Vorderarm und Kinn vorhanden.

Die Konfiguration des Primäraffektes an der Ohrmuschel ist ge-

wöhnlich rundlich, oft oval, in einem Falle (cf. X) wird sie als lippenförmig bezeichnet.

Seine Oberfläche ist eher eben und glatt als zerklüftet, manchmal sind sie aber papulös erhaben, oft auch bauchig und überhaupt mehr erodiert als ulceriert, so dafs dem Laien oder dem nicht versierten Arzte die Erkrankung als eine bedeutungslose Abschürfung erscheint.

Im ganzen bietet das Aussehen eines unkomplizierten Primäraffektes nichts, was von dem gewöhnlichen Bilde einer an der äufseren Haut lokalisierten Sklerose abweicht.

Doch sah Fournier einmal (cf. Fall VII) den Übergang in die phagedänische Form.

Die Gröfse der Primäraffekte an der Ohrmuschel ist sehr verschieden. Sie wird als halberbsen-, erbsen-, linsen- und mandelgrofs angegeben oder mit einem kleinen Geldstücke verglichen.

Die Farbe ist, soweit sie nicht von der jeweiligen Sekretion abhängt, eine rötliche und wird in den einzelnen Fällen als fleischfarbig, dunkelrot, rötlichgelb und kupferrot bezeichnet, in anderen Fällen als schmutziggrau.

Die Sekretion ist meist wenig reichlich, nicht dickflüssig und eitrig, sondern wie auch bei anderen Primäraffekten serös oder mit Blut vermischt. Gelegentlich wird sie wohl durch Mischinfektion seröseitrig oder rein eitrig. Meist sind sie sehr geneigt zur Krustenbildung.

Die Induration des Primäraffektes an der Ohrmuschel ist meist vom Typus der lamellösen und der pergamentartigen Sklerose. An den Teilen der Ohrmuschel, wo das Integument der knorpeligen Unterlage sehr straff anliegt, ist natürlich die Prüfung des Härtegrades mit zwei Fingern sehr erschwert.

Die Überhäutung des Primäraffektes vollzieht sich von der Peripherie aus, bisweilen zeigen sich gleichzeitig auch mehr zentralwärts Vernarbungsinselchen. Die Stelle, wo der Primäraffekt gesessen, bleibt mitunter eine Zeitlang blaurot gefärbt, später schliefst sich gelegentlich auch Pigmentierung an. Die Abheilung erfolgt mit Hinterlassung einer kaum sichtbaren Narbe.

Das pathognomonische Kennzeichen der meisten extragenitalen, also auch der Ohrmuschelprimäraffekte, ist die Drüsenschwellung in der Nachbarschaft. Sie ist daher in den zweifelhaften Fällen für die Diagnose ausschlaggebend. Bemerkenswert ist, dafs Drüsenpakete, d. h. mehrere gleichzeitig geschwollene Drüsen, vorhanden sind, die an Konstanz des Vorkommens die Induration des Primäraffektes bei weitem übertreffen. Es sind dies meist die Glandulae submaxillares, retromaxillares, cervicales, occipitales und praeauriculares. Wie bei den genitalen Primäraffekten gewöhnlich eine Drüse durch besondere Gröfse und Härte prävaliert, so ist dies auch bei der Sklerose an der Ohrmuschel der Fall.

Die Konsistenz der Drüsen selbst ist eine sehr derbe. Sie sind meist indolent, manchmal aber auch sehr schmerzhaft, und, namentlich im ersteren Falle, auf der Unterlage gut verschieblich.

Soweit in der Kasuistik angegeben, ist die Gröfse der Drüsen eichel- und kirschgrofs.

Niemals wird von Vereiterung der Drüsen berichtet.

Gelegentlich kann der Primäraffekt auch Störungen von seiten des Ohres im Gefolge haben. Eventuell könnte durch Ödem der Gehörgang verlegt werden sowie Otitis externa mit eitriger Sekretion, Trommelfellentzündung, Perforation des Trommelfelles und Otitis media sich entwickeln. Im ganzen ergibt sich durch den Primäraffekt als solchen kaum eine Funktionsstörung, in der Regel ist er vollständig indolent.

Die Diagnose ist in unkomplizierten Fällen für den dermatologisch geschulten Arzt, insbesondere wenn er von vornherein daran denkt, dafs primäre Syphilis vorliegen könnte, nicht schwierig, da die Sklerose an der Ohrmuschel, wie erwähnt, vom allgemeinen Typus des cutanen Primäraffektes nicht abweicht. Oft genug ist aber das wahre klinische Bild durch konkomitierende Hautentzündungen und besonders durch irritierende Lokalbehandlung verdeckt. Mafsgebend ist für die zweifelhaften Fälle die Drüsenschwellung. Bei positivem Ausfalle ist natürlich die Untersuchung auf Spirochaeta pallida entscheidend. Da aus neuester Zeit keine Publikationen über Initialaffekte an der Ohrmuschel vorliegen, so fehlt bislang ein positiver Spirochätenbefund für diese besondere Lokalisationsstelle.

Differentialdiagnostisch ist von den häufiger an der Ohrmuschel lokalisierten Erkrankungen das Carcinom, das Keloid (vorwiegend Narbenkeloid) und der Lupus vulgaris zu nennen.

Speziell an der Ohrmuschel kommen ebenso wie im Gesichte nicht selten flache Epitheliome zur Entwicklung, welche wegen ihres braunroten Glanzes, ihrer serösen Absonderung und der Neigung zu Krustenbildung bei gleichzeitig vorhandener Härte an syphilitischen Primäraffekt erinnern. Unterscheidend ist aufser dem viel protrahierteren Verlaufe und dem Umstande, dafs Drüsenschwellung dabei gar nicht besteht oder sehr spät auftritt, auch die mehr unregelmäfsige, oftmals längliche oder spaltförmige Konfiguration. Die Destruktion des Knorpels tritt dabei sehr regelmäfsig ein, oft aber erst nach Jahren.

Lupus vulgaris käme natürlich nur in jenen seltenen Fällen in Frage, wo derselbe an der Ohrmuschel isoliert, demnach primär aufgetreten ist.

Besonders am Ohrläppchen tritt er unter dem Bilde des Lupus tumidus auf und unterscheidet sich vom syphilitischen Initialaffekt aufser durch die Abwesenheit der Drüsenschwellung in erster Linie durch die Weichheit des Infiltrates, durch die geringe Tendenz zum Nässen und die Neigung zur Schuppenbildung.

Auch kleine **Brandwunden**, wie sie durch Zigarren und Zigaretten gesetzt werden, könnten wegen ihrer abgerundeten Konfiguration diagnostisch in Frage kommen.

Endlich sind es Erscheinungen der Syphilis selbst, besonders **lentikulär-syphilitische Papeln** von solider Konsistenz und trockener braunroter Oberfläche und sonstige sekundäre wie tertiäre Manifestationen, die gelegentlich primäre Syphilis vortäuschen könnten.

Im ganzen gelten für diagnostische Irrtümer auch hier die Worte von NÉLATON: Les erreurs du diagnostic se font surtout par le manque d'attention.

Die **Prognose** ist, was den Primäraffekt als solchen angeht, bei dem meist geringen Infiltrationsgrade eine sehr günstige. Anders steht es natürlich mit dem phagedänischen Primäraffekte, wie einen solchen FOURNIER (cf. Fall VII) an der Ohrmuschel gesehen hat. Dieser kann eine weitgehende Destruktion zur Folge haben; auch schließen sich an solche von Haus aus zum Zerfall neigende Sklerosen bisweilen knotige und ulceröse Exantheme an und ergeben einen schweren Verlauf der Syphilis, wie es in der Tat von FOURNIER beobachtet wurde.

Die **Therapie** des syphilitischen Primäraffektes an der Ohrmuschel bezüglich lokaler und allgemeiner Behandlung vollzieht sich nach den für andere Syphilisfälle geltenden Regeln.

Literatur.

BARATOUX, J., De la syphilis de l'oreille. (Extrait de la revue mensuelle de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie.) Paris 1886.

BERGH, R., Über Ansteckung und Ansteckungswege bei Syphilis. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1888, S. 198—199.

BERLINER, C., Seltene Lokalisation der Initialsklerose mit Bemerkungen über die Verbreitung der Syphilis auf extragenitalem Wege. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1895, XX. Bd., I., S. 389.

BERNHEIM, A., Sur les chancres syphilitiques transmis par le percement pour les boucles d'oreille. *Société française de prophylaxie sanitaire et morale.* 1904, Bd. IV, S. 317 ff.

BEZOLD, F., Lehrbuch der Ohrenheilkunde. Wiesbaden 1906, S. 101.

BLAU, C., Encyklopädie der Ohrenheilkunde. Leipzig 1900, S. 280—281.

BRUCK, A., Zur Syphilis des äufseren Ohres. *Berl. klin. Wochenschr.* 1896, S. 160.

BRÜHL, G., und POLITZER, A., *Atlas und Grundrifs der Ohrenheilkunde*, München 1905, *Lehmanns Atlanten* Bd. 34, S. 138.

BRYANT, W. S., Primary syphilis of the ear. *Amer. Journ. of dermatol. and genito-urinary diseases.* St. Louis, 1906, Nr. 7, S. 270—274.

BULKLEY, D., Syphilis in the innocent. (Syphilis insontium.) New York 1894, S. 30, 33, 37, 101, 102, 151.

— On unusual methods of acquiring Syphilis. *The medical News.* 2. u. 9. März 1889.

BÜTTGEN, M., Über extragenitale und perigenitale Primäraffekte. Ihre Häufigkeit, Lokalisation, Ätiologie und Prognose. Dissert. Leipzig 1904, S. 25 u.

COZZOLINO, *Gaz. degli osped.* 6. April 1895.

CULLERIER, MICHEL (ONCLE), Zit. nach BULKLEY, Syphilis in the innocent, S. 274.

DELBAGE, F., und MOREL-LAVALLÉE, A., Affections consécutives au percement du lobule de l'oreille. *Journal des maladies cutanées et syphil.* 1895, S. 163—165.

DEVILLAS, J., Les affections syphilitiques de l'organe de l'ouie. *Thèse pour le doctorat en méd.* Paris 1896.

FIELD, G. P., Extensive sloughing ulceration of the ear (syphilitic). *The Brit. med. Journ.* 1877, II., S. 473—474.

FINGER, E., Die Syphilis und die venerischen Krankheiten. 5. Aufl. Leipzig und Wien 1901, S. 18.

FOURNIER, A., Sur les chancres extragénitaux. Paris 1897, S. 1—12, 269—273, 522—549.

— Leçons sur la syphilis. Paris 1886.

FREY, P., Über Syphilis des äufseren Ohres. *Derm. Zeitschr.* 1893—1894, S. 233—241.

FRIEDMANN, C., Beiträge zur Kasuistik und Statistik der extragenitalen Primäraffekte. Dissertation. Heidelberg 1901.

GOTTSTEIN, Klinische und kritische Beiträge zur Ohrenheilkunde. Bd. 4, S. 65.

HAUG, R., Die Krankheiten des Ohres in ihrer Beziehung zu den Allgemeinerkrankungen. Wien und Leipzig 1896, S. 134.

HENNEBERT, C., La syphilis acquise de l'oreillè. *Echo médical du nord*, 1897. (Zit. nach *Journ. des mal. cut. et syph.* 1897, S. 491—492.)

HERMET, P., Chancre induré de l'oreille. *Ann. de derm. et de syph.* Paris 1886, S. 87—88.

HERMET, P., Leçons sur les maladies de l'oreille. 1892, S. 27 und 257—259.

HULOT, M. A., Quelques observations de chancres extragénitaux. *Ann. de derm. et syphil.* 1879; I. Série 10.

HUMAN, J. G., Nosographie des maladies vénériennes. Paris s. a. (nach PROKSCH: 1838), S. 201.

HUTCHINSON, J., Syphilis. Deutsch von KOLLMANN. Leipzig 1888, S. 133.

HYDE, J. N., What conditions influence the course of infantile syphilis? *The Med. News.* New York 1897, Bd. LXXI, S. 724—728.

JÉGU, G., De la syphilis de l'oreille. Etat actuel des nos connaissances. Thèse. Paris 1884.

JOSEPH, M., Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Leipzig 1901, S. 18.

JULLIEN, L., Traité des maladies vénériennes. Paris 1886, S. 587.

KAPOSI, M., Pathologie und Therapie der Syphilis. 1881, S. 61.

KREFTING, R., Extragenitale Syphilisinfektion. 539 Fälle. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1894, S. 167—186.

KUHN, Referat über Deprès. *Arch. f. Ohrenheilkde.* XV, S. 205.

LANG, E., Vorlesungen über Pathologie und Therapie der Syphilis. Wiesbaden 1884 bis 1886, S. 430 ff.

LAQUEUR, W., Zur Syphilis des äufseren Ohres. Dissertation. Würzburg 1894.

LAVERGNE, F., und PERRIN, L., Contribution à l'étude des chancres extragénitaux. *Ann. de derm. et de syph.* 1884, S. 336 ff.

LEDERMANN, R., Zur Bekämpfung der Syphilis. *Hygien. Volksblatt.* 1902, S. 109—110.

— Kasuistische Mitteilungen über extragenitale und familiäre Syphilis. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1910, S. 404.

LESAGE, E., Chancre par morsure. Thèse. Paris 1885.

LESSER, E., Encyklopädie der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Leipzig 1900, S. 355 ff.

— Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten, II. Teil. Leipzig 1906, S. 105 ff.

LURZ, R. O., Über extragenital akquirierte Primäraffekte an Kinn, Wange, Ohren usw. Dissertation. Würzburg 1905.

MORROW, Prince A., A system of genito-urinary diseases, Syphilologie and Dermatology. Edinburgh u. London 1893, Bd. II, S. 584: GREEN, J. O., Syphilis of the ear.

MOSES, F., Zur Kasuistik der extragenitalen Syphilisinfektion. Dissert. Leipzig 1904.

MRAČEK, F., Krankenvorstellung in der k. k. Gesellschaft der Ärzte. *Allg. Wien. med. Ztg.* 1879, S. 472.

MÜNCHHEIMER, F., Über extragenitale Syphilisinfektion. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1898, S. 191—195.

NIVET, X., De la fréquence rélative des différentes variétés de chancres syphilitiques extragénitaux chez l'homme et la femme. Thèse. Paris 1887, S. 85.

PELLIZZARI, C., Della trasmissione accidentale della sifilide, studio pratico. *Giorn. ital. delle mal. ven. et della pelle*, XVII, 1882, S. 271—273.

PETER, W., Über die ungewöhnlichen Haftstellen der Syphilis. *Berl. klin. Wochenschr.* 1893, S. 726—727.

POLITZER, A., Lehrbuch der Ohrenheilkunde. Stuttgart 1908, S. 206.

POSPELOW, A., Über extragenitale Syphilisinfektion. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1899, XXI, S. 54 ff.

PROCHOWNIK, Die Hautkrankheiten der Ohrmuschel. (Aus Prof. RILLES Klinik.) Dissert. Leipzig 1910, S. 25.

PROKSCH, J. K., Die Literatur über die venerischen Krankheiten von den ersten Schriften aus dem Ende des XV. Jahrhunderts bis Anfang 1899; I.—III. Bd. und I. Suppl., Bonn 1891 und 1900.

PROTZEK, E. V., Über extragenitale Primäraffekte und ihre Diagnose. Dissertation. Breslau 1891.

RASORI, E., Ulcero duro dell'orecchio. *Gaz. degli Ospedali.* Milano 1883, IV, S. 653. (Zit. nach BRYANT.)

LE RAY, De la transmission de la syphilis par boucle d'oreille. Observation personelle. (In BERNHEIMS Abhandlung.)

REISS, W., Zwei Fälle seltener Lokalisation des syphilitischen Primäraffektes. *Wien. med. Presse.* 1901, S. 1449—1451.

RIGHTER, WM. H., *Kansas med. Journ.* 1890. — Referate in: *Journ. des mal. cut. et syph.* 1891, S. 334—335 und *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1895, I, S. 389.

RILLE, J. H., Krankenvorstellung in der Sitzung der Wiener dermatologischen Gesellschaft am 23. März 1898, *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1898, XLV, S. 401 f.

ROCHON, E., Chancre induré du lobule de l'oreille. *Journ. des mal. cut. et syph.* 1895, S. 165—168. Orginal in *Médecine moderne*, 21. Juli 1894, S. 914 ff.

RUPP, A., On syphilis of the external ear. *Journ. of cutan. and genito-urin. diseases.* New York 1891, IX, S. 366—375.

SCHEUER, O., Die Syphilis der Unschuldigen. (Syphilis insontium.) Berlin und Wien 1910.

SCHWARTZE, H., Handbuch der Ohrenheilkunde. Leipzig 1892, S. 220, 593.

SCHWIMMER, E., Kasuistische Mitteilungen aus dem Gebiete der Syphilis. *Wien. med. Wochenschr.* 1871, Nr. 45, S. 1090.

SENDZIAK, J., Über luetischen Primäraffekt in der Mund- und Rachenhöhle sowie in der Nase und den Ohren. *Monatsschr. f. Ohrenheilkde.* 1900, S. 419 ff.

URBANTSCHITSCH, V., Lehrbuch der Ohrenheilkunde. Wien und Leipzig 1890, S. 87.

WEISE, H., Erkrankungen des Ohres infolge von Lues. Dissert. Halle 1890.

v. ZEISSL, M., Lehrbuch der venerischen Krankheiten. Stuttgart 1902, S. 424.

ZUCKER, J., Über Syphilis des äufseren Ohres. *Zeitschr. f. Ohrenheilkde.* XIII, 1884, S. 167—171.

Entgegnung auf die Erwiderung von Dr. DREUW-Berlin in Nr. 4.

Von

Dr. HOCK-Prag.

Vergeblich bemüht sich Herr DREUW, den Gegenstand unseres Prioritätsstreites zu ändern. Es handelt sich gar nicht um ein neues Instrument für irgendein bestimmtes Organ, sondern um die prinzipielle Neuerung der Vereinigung von Lichtquelle und Behandlungsinstrument, wodurch die sonst notwendige gleichzeitige Einführung zweier Stiele innerhalb eines engen Rohres durch diejenige eines einzigen Stieles ersetzt wird. Könnte man daran zweifeln, so beweisen schon die Überschriften der Publikationen von DREUW und ihm nahestehender Seite, daſs er selbst diese meine Anschauung teilt.

Nicht „Neues Urethroskop“, sondern „Lichtträger mit chirurgischem Ansatze“ ist der Titel der Veröffentlichung von DREUW; „Der DREUWsche Lichtträger“, „Neuer Lichtträger für Operationen in Körperhöhlen“ die Titel zweier Publikationen der für ihn arbeitenden Firma.[1]

Nicht nur die Titel, sondern der in den Veröffentlichungen stets wiederkehrende Satz: „Der wesentliche Vorzug dieses Instrumentes gegenüber den allgemein gebräuchlichen liegt darin, daſs durch Vereinigung von Behandlungsinstrument und Lichtquelle ein ruhiges und sicheres Arbeiten gewährleistet wird“, sagen mehr gegen DREUW, als weitläufige Auseinandersetzungen.

Ich komme nun zu seinen Einwendungen:

1. Die Behauptung, mein Instrument sei nur für die Blase anwendbar, hätte er gar nicht aufstellen können, wenn er das LUYSsche Instrument, als dessen Modifikation ich meines ausdrücklich bezeichne, kennen würde. Dieses — zufällig Seite an Seite neben dem Instrument DREUWs im Kataloge der Firma Loewenstein abgebildete — Instrument von LUYS ist nur ein verlängertes Urethroskop mit Aspirationsvorrichtung und genau so wie DREUWs Urethroskop eine Modifikation des ursprünglichen Endoskops von GRÜNFELD, welches letzterer ja auch gleichzeitig für Harnröhre und Blase verwendete.[2]

---

[1] *Medizintechnische Rundschau.* August und Dezember 1910.

[2] Vergl. STRAUSS, Verhandl. d. II. Urologen-Kongr., S. 110: „Sie können alles mit dem LUYSschen Instrumente, nicht nur in der hinteren Harnröhre, sondern auch in der Blase, machen.“

2. Die Behauptung des Herrn DREUW, er hätte bei mir angefragt, wo die Fabrikation[8] stattgefunden hat und ob das Original vorhanden sei, entspricht nicht den Tatsachen; er hat nur angefragt, wo ich das fertige Instrument veröffentlichte, und um eine Abbildung ersucht, worauf ich ihm zwei bekannte Berliner Urologen, die das Instrument mit Interesse besichtigt hatten, und den Verfertiger seiner Instrumente, Herrn Loewenstein, der an den Sitzungen des Urologenkongresses teilnahm, bezüglich event. Auskunft nannte.

3. Die — bisher unbewiesene — Behauptung des Herrn DREUW, er habe anfangs April seine Idee der Sanitas-Gesellschaft mitgeteilt, beweist nicht, wie er meint, seine Priorität, sondern im Gegenteile die meinige; denn ich habe schon in demselben Monate das Instrument mit vollkommen gebrauchsfähiger Schlinge demonstriert, nachdem ich es mehrere Monate vorher angemeldet hatte.

Die Instrumente von DREUW sind mit meinem nicht identisch, die Idee der einzigen wesentlichen Neuerung und das erste — mit tadellos funktionierender Schlinge versehene — Instrument stammen von mir. Ich habe dasselbe für die Blase angegeben, während Herr DREUW die übrigen Körperhöhlen — Harnröhre, Ohr, Nase, Scheide, Rektum, Mund — okkupierte. Nur die Blase liefs er aus, dagegen empfahl er sein Urethroskop auch für Kauterisation der hypertrophischen Prostata, eine Indikation, für welche gerade das nur 14 cm lange Urethroskop, wie jeder Urologe weifs, ungeeignet ist.

Zum Schlusse bemerke ich, dafs für mich die Angelegenheit mit diesen Erklärungen erledigt ist.

---

[8] Mein Instrument wurde von J. Schabert, Prag, Schulgasse, hergestellt.

Aus der Praxis.

Zur Technik der Anwendung von Hydrargyrum salicylicum.

Von

Dr. DREUW-Berlin.

Die von PORGES in Nr. 12, Band 51 *dieser Zeitschrift* veröffentlichte praktische Methode der gleichmäfsigen Mischung von Hydrargyrum salicylicum mittels Glasperlen scheint mir sehr zweckmäfsig zu sein. Wenn diese Glasperlen nicht zur Hand sind, dann gehe ich so vor, dafs die Verteilung der am Boden des Gefäfses sitzenden zähen weifsen Schicht durch die sterile Pravazspritze mit ausgezogenem Stempel bewirkt wird, indem ich das Paraffin mit der Pravazspritze gründlich quirle. Dadurch findet eine gleichmäfsige Verteilung statt. Der Boden der Flasche soll möglichst abgerundet sein. Tritt eine Verstopfung der Kanüle ein, so wende ich

den von mir (Bd. 51, Nr. 8) beschriebenen Handgriff an. Bei der Anwendung des Handgriffes empfiehlt es sich, einen dichten Verschlufs zwischen der umgekehrt eingeführten Nadel und der Öffnung der Pravazspritze durch einen kleinen Wattebausch zu erzielen, der vorher um die Nadel gewickelt ist und beim Druck auf die umgekehrt eingeführte Nadel diese vollständig dicht mit der Pravazöffnung verbindet. Diese Dichtung mittels Wattebausch empfiehlt sich besonders bei metallenen Pravazspritzen, während bei Hartgummispritzen, die ich zunächst verwandt habe, der Verschluss auch ohne Wattebausch meistens möglich ist. Der Vorgang ist also folgender: Um die Kanüle Watte wickeln, die Kanüle umgekehrt in die Pravazspritze einführen, einen Fingerdruck auf die Kanüle ausüben und den Stempel der vorher gefüllten Pravazspritze niederdrücken.

Zur Herabsetzung der Schmerzen verwende ich die von mir angegebene Kanüle. (Firma Louis & H. Löwenstein, Berlin N., Ziegelstr.)

Die bisherigen Bestrebungen, die Schmerzhaftigkeit nach Hg-Injektionen herabzusetzen, waren hauptsächlich chemischer Natur. So entstand eine Reihe von Hg-Präparaten, die letzten Endes nicht das hielten, was sie versprachen. Ich habe nun versucht, auf rein physikalischem Wege dem Ziele zuzustreben, von dem Gesichtspunkte ausgehend, dafs die Schmerzen zum Teil durch die plötzliche Verteilung des Hg-Präparates an einer Stelle im Gewebe entstehen. Denn wenn man mit einer gewöhnlichen Pravaznadel eine Dosis von z. B. Hydrargyrum salicylicum in Paraffinum liquidum verteilt injiziert, so wird das Paraffin durch die Spitzenöffnung der Nadel an einen einzigen Punkt im Gewebe suspendiert. Hierdurch wird das Gewebe gewaltsam auseinandergedrängt, es findet ein Druck auf die in der Nähe liegenden Nerven statt, die Resorption wird beeinträchtigt und die Infiltratbildung begünstigt. Würde es gelingen, auf einen weiteren Raum das Medikament zu verteilen, so würde ein Teil der erwähnten Umstände wegfallen. Diese weiter gehende Verteilung wird nun erreicht durch eine Kanüle (s. Abbild.), deren Spitze zugelötet ist. Die Injektions-



flüssigkeit wird infolgedessen gezwungen, durch etwa fünf bis zehn feine Öffnungen, die seitwärts angebracht sind, nach allen Richtungen der Windrose ins Gewebe einzudringen und sich hier zu verteilen.

In der Tat werden bei Hydrargyrum salicylicum - Injektionen die Schmerzen sowohl während als nach der Injektion herabgesetzt, wenn auch nicht vollständig beseitigt. Auch bei allen anderen subcutanen Injektionen (Morphium, Kampferöl usw.) wird eine feinere Verteilung und eine gröfsere Resorptionsfläche erzielt.

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Band 104, Heft 3. Dezember 1910.

1. **Vergleichende Untersuchungen der Originalmethode nach Wassermann mit den übrigen gebräuchlichen Modifikationen**, von Fritz Hoehne und Richard Kalb-Frankfurt a. M. An einem aufserordentlich grofsen Material haben die Verfasser die verschiedenen Modifikationen der Wassermannschen Reaktion im Vergleich zur Originalmethode erprobt und sind dabei zu folgenden Resultaten gekommen: Von 592 nach Wassermann und Bauer untersuchten Fällen fiel die Reaktion in 516 Fällen bei beiden Methoden gleichmäfsig aus; in 32 konnte man nach Bauer zu keinem Resultat gelangen, da der Normalambozeptorgehalt zu gering war, doch gab andererseits die Bauersche Versuchsanordnung gerade bei Lues latens mehr positive Resultate. Die Modifikationen von M. Stern und Hecht arbeiten mit aktivem Serum und ermangeln schon deshalb der klinischen Spezifität, weil positive Reaktionsausschläge auch in nichtluetischen Fällen dabei sehr häufig sind. 379 Fälle wurden in Paralleluntersuchungen mit dem Original-Wassermann (inaktiv) und im aktiven Zustande untersucht; darunter waren 92 Fälle, bei denen klinisch und anamnestisch Lues auszuschliefsen war. Diese 92 Fälle haben sämtlich im inaktiven Zustand negativ reagiert, aktiv gaben 21 einen positiven Ausschlag. So fanden sich auch bei vergleichenden Untersuchungen nach Wassermann und Stern in 99 sicher nichtluetischen Normalfällen nach Stern 16 positive Ausschläge, während der Wassermann überall negativ ausfiel. 386 von 492 parallel untersuchten Fällen ergaben gleiche Resultate. Die Unmöglichkeit, bei diesen Modifikationen Extraktkontrollen anzustellen, trifft auch für Hecht zu, und so wesentlich vereinfacht die Methode genannt werden mufs, so fehlt ihr doch schon wegen der Verwendung aktiver Sera die klinische Spezifität. Von 514 nach Wassermann und Hecht untersuchten Fällen stimmten 370 mit beiden Methoden überein, in den nichtübereinstimmenden wieder auffällig viele (28) positive Reaktionen nach Hecht in nichtluetischen Fällen. Gerade der Ausfall der Reaktion bei sicher Nichtluetischen wird stets ein guter Indikator für die Güte und Brauchbarkeit einer Methode sein. Die Verfasser lehnen darum alle Modifikationen der Originalmethode ab.

2. **Hyperkeratose und Hyperpigmentation**, von J. Kyrle-Wien. Bei zwei brünetten, ichthyotischen Individuen konnte eine ungewöhnlich stark entwickelte, dabei ganz gleichmäfsig ausgebildete Pigmentierung der von Hornmassen besetzten Hautpartien konstatiert werden; die histologische Untersuchung in dem einen Falle ergab, dafs diese Schwarzfärbung zurückzuführen sei einmal auf „Fremdkörperpigment" (Schmutz), das zwischen die Hornschuppen eingedrungen war, zweitens und insbesondere aber auf eine beträchtliche Hyperpigmentation von Epidermisanteilen, besonders in den Basalzellen. Nach reichlich warmen Seifenbädern und Entfernung der Hornauflagerungen war nicht nur das äufserliche Aussehen ein ganz anderes, sondern auch die Pigmentmenge in den Basalzellen bedeutend geringer, so dafs also mit Sicherheit behauptet werden kann, dafs die Hyperpigmentation mit der Hyperkeratose in irgendwelchem Zusammenhang steht. Eine Erklärung indes fehlt; immerhin erscheint es wahrscheinlich, dafs beide Prozesse koordiniert sind, d. h. ihre Entwicklung nebeneinander hergeht, und nicht subordiniert, etwa so, dafs infolge der allmählichen Dickenzunahme der Hornschicht das Pigment in den Basalzellen sich reichlicher ansammelt.

3. **Beitrag zum Studium der Cutis verticis gyrata Jadassohn-Unna**, von Karl Vignolo-Lutati-Turin. Mitteilung eines Falles, der einen 49jährigen Mechaniker betraf, der eine zunehmende unregelmäfsige Fältelung des Haarbodens des Scheitels seit etwa fünf Jahren selbst bemerkt hat. Genaue histologische Untersuchungen sprechen dafür, dafs diese Deformität immer den Ausgang eines mehr oder weniger lange zurückliegenden entzündlichen Prozesses darstellt.

4. **Klinische und serologische Untersuchungen bei Syphilis, mit besonderer Berücksichtigung der malignen Formen**, von Hugo Hecht-Prag. Unter 1700 Untersuchungen ergaben 31 mit florider Lues behaftete negative Reaktion; wenn auch sicher bei einer Reihe von Fällen der Zeitpunkt einer Untersuchung unpassend gewählt war, indem einerseits bereits die antiluetische Behandlung eingesetzt hatte, andererseits bei frischem Exanthem die verhältnismäfsig spät auftretende Reaktion noch nicht vorhanden war, so blieb doch eine ganze Reihe Fälle übrig, bei denen dieser erklärende Faktor wegfiel. Eingehende Erwägungen führen nun Hecht zu folgenden Schlufsfolgerungen: 1. Geringe, oft nur vereinzelte Haut- oder Schleimhautsymptome beeinflussen den Gesamtorganismus oft nicht in dem Mafse, um ihn zur Reaktion, d. h. zur Bildung von Antikörpern zu veranlassen. 2. Bei stark mitgenommenen Individuen findet keine Produktion von Antikörpern statt. 3. Die positive Reaktion kann verdeckt sein, einmal durch Anwesenheit von Komplementoiden, sodann durch Lecithinüberschufs. (Komplementoide wurden von Ehrlich Stoffe genannt, welche durch Inaktivierung in manchem Serum entstehend die komplementophile Gruppe des Ambozeptors verstopfen.) Nach den Untersuchungen von Peritz und Blumenthal erscheint es möglich, dafs bei sehr hohem Lecithingehalt des Serums schon im Organismus eine Bindung der Antikörper erfolgen kann.

5. **Über Prüfung von Quarzapparaten in der Finsenschen Lichtbehandlung**, von K. A. Hasselbalch und Axel Reyn-Kopenhagen. Bekanntlich befreit das Licht Jod von Jodwasserstoffsalzen; ist Stärke vorhanden, so vereint das befreite Jod sich mit dieser zu einer in der Kälte braunblaufarbigen Verbindung. Mit Kromayers Quecksilberquarzlampe als Lichtquelle erwies es sich, dafs das Maximum der Wirkung bei 253—280 $\mu\mu$ lag. Deckt man ein Stück feuchten Jodkaliumstärkepapiers zum Teil mit einem Stückchen Quarz und exponiert man es dem Lichte der Quarzlampe, so wird das Papier nach 30 Sekunden einförmig braunblau werden, während Uviolglas einen hellbraunen Fleck, gewöhnliches farbloses Glas eine weifse Stelle auf braunblauem Grunde hinterläfst. Die Reaktion vermag daher leicht zu unterscheiden, ob ein Stoff Quarz, Uviolglas oder gewöhnliches Glas ist. Das Verfahren läfst sich aber ebenso verwenden zum Entscheiden, ob die Finsenschen Konzentrations- und Druckapparate für das Ultraviolett des Kohlenbogenlichtes absolut durchlässig sind oder ob die Durchlässigkeit (durch Schmutz, feuchten Beschlag usw.) herabgesetzt ist.

6. **Über die Beziehungen zwischen Psoriasis und Gelenkserkrankungen**, von Ludwig Waelsch-Prag. Auf Grund seiner sehr eingehend studierten Fälle möchte sich W. bezüglich der „Arthropathia psoriatica“ dahin aussprechen, dafs es sich möglicherweise um eine Erkrankung infektiöser Natur handelt, in deren Gefolge auf toxischem Wege Exantheme auftreten können. „Dafs bei dieser Erkrankung Produkte gebildet werden können, welchen sicher schwere toxische Wirkung zukommt, dafür spricht wohl die zumeist und rasch einsetzende hochgradige Kachexie der Kranken, die eigentlich in gar keinem Verhältnis steht zu der vorliegenden Gelenkserkrankung. Diese toxischen Substanzen führen zu herdförmiger Entzündung der Haut, welche alle Übergänge von feuchtem Katarrh (Ekzem) bis zu trockenem Katarrh (Psoriasis) darbieten und auch beide Arten des Katarrhs miteinander in Kombination treten lassen

können.“ W. hebt indes wiederholt hervor, dafs nicht jeder bei Psoriatikern auftretende Rheumatismus eine primäre chronische Arthritis sein mufs.

Band 105, Heft 1 und 2. Januar 1911.

1. **Zur Physiologie der pilomotorischen und der ihnen verwandten Erscheinungen beim Menschen,** von Paul Sobotka-Prag. Die aufserordentlich umfangreiche Monographie, in der über lange Versuchsreihen berichtet wird und deren Resultate zu sehr interessanten Erörterungen Veranlassung geben, eignet sich nicht zum Referat und ist im Original nachzulesen.

2. **Beeinflufst die Quecksilberbehandlung die Schutzstoffe des Organismus?** von Eduard Neuber-Berlin. Überblick über die Literatur und gröfserer an der Hand zahlreicher Tabellen dargestellten Versuchsreihen. Der Artikel wird fortgesetzt.

3. **Über Syphilis congenita in der zweiten Generation,** von Rob. Bergrath-Würzburg. Ein Vierteljahr altes Kind mit typischen Erscheinungen kongenitaler Syphilis hat Eltern, von denen der Vater stets gesund gewesen ist, auch keinerlei Anzeichen bestehender oder bestandener Syphilis gibt (Wassermann negativ bei mehrmaliger Untersuchung), während die Mutter neben ausgesprochener Adenitis positiven Wassermann zeigte. Sie ist als Kind sehr schwächlich und viel krank gewesen, hat aber weder vor noch während der Ehe an Ausschlag oder Geschwüren gelitten, aber bisher nur Totgeburten oder ganz schwächliche Kinder, die in den ersten Wochen zugrunde gingen, zur Welt gebracht. Von den Eltern dieser Frau steht fest, dafs die Mutter, also die Grofsmutter des Kindes, von dem berichtet wird, vor ihrer Ehe sich Syphilis zugezogen und bei zehn Schwangerschaften nur zwei lebende Kinder gehabt hatte. Verfasser ist der Meinung, dafs sein Fall den von Fournier aufgestellten Bedingungen für den Nachweis von kongenitaler Syphilis in der zweiten Generation entspricht. Er schliefst eine Reihe Erörterungen an über das Colles-Beauméssche und Profetasche Gesetz, die seiner Meinung nach keine Existenzberechtigung mehr haben.

4. **Über „strangförmige“ Neubildung bei Acrodermatitis chronica atrophicans** nebst kurzer Zusammenfassung der Histopathologie der Dermatitis chronica atrophicans, von K. Herxheimer und Willy Schmidt-Frankfurt a. M. Histologische Untersuchung von tumorähnlichen Infiltraten, die bei zwei schon früher publizierten Fällen von Acrodermatitis atrophicans exzidiert wurden. Vergleich der Befunde mit dem, was sonst in der Literatur bekannt geworden ist. Die Verfasser sehen das Wesentliche des Prozesses in der chronischen Entzündung und glauben, dafs es streng genommen eine idiopathische Hautatrophie überhaupt nicht gibt. „Als Acrodermatitis chronica atrophicans bezeichnen wir das zu der Dermatitis chronica gehörige Krankheitsbild, das durch seine Lokalisation, die Art des Weiterschreitens und durch die sowohl klinisch als auch pathologisch-anatomisch deutlich hervortretende Entzündung mit Ausgang in Atrophie hinlänglich charakterisiert ist.“

5. **Lichen planus bei perniciöser Anämie,** von Bodo Spiethoff-Jena. Es handelt sich um eine 60jährige Frau, die, nachdem sie schon ein halbes Jahr erkrankt gewesen ist, in sehr elendem Zustande zur Beobachtung kam. Eine mehrere Wochen durchgeführte energische Arsenmedikation hatte weder auf die schwere perniciöse Anämie einen Einflufs noch auf das Exanthem, das als Lichen planus gedeutet wurde. Obduktionsbefund; histologische Untersuchung der Exanthemknötchen. Verfasser ist auf Grund der histologischen Veränderungen sowie in Anbetracht der klinischen morphologischen Momente der Meinung, dafs der Lichen planus im Verlauf der perniciösen Anämie zur Entwicklung gekommen ist, nicht etwa eine Folge derselben darstellte.

6. **Über Leukoplakie und Kraurosis der Schleimhaut und der Haut,** von Carl Boháč-Prag. Drei Fälle von leukoplakischen Veränderungen an Glans und Prä-

putium bei drei über 40 Jahre alten Männern mit genauen histologischen Untersuchungen; Fälle, die in vielen Beziehungen den von Galewski u. a. veröffentlichten sehr ähneln. In einem vierten Falle fanden sich bei einer 29 jährigen Frau Veränderungen an der Lippenschleimhaut mit Übergang auf die Haut; histologische Untersuchungen konnten in diesem Falle nicht vorgenommen werden. Überblick über die bereits ziemlich reichhaltige Literatur dieses Gebietes, aus der hervorgeht, dafs die leukoplakieartigen Veränderungen an den verschiedenen Schleimhäuten des Körpers in einer gewissen Beziehung stehen; auch zwischen Leukoplakia vulvae und Kraurosis vulvae ist ein inniger Zusammenhang in dem Sinne anzunehmen, dafs beide nur verschiedene Entwicklungsstadien ein und derselben Krankheit darstellen. Die vollständige Übereinstimmung mit den Veränderungen am männlichen Genitale zeigt sich auch in dem Ausgang und eventueller maligner Entartung.

7. **Zur Kenntnis der destrurierenden Myome der Haut**, von Fr. Hayn-Würzburg. 67jährige Frau hatte eine seit zwei Jahren langsam wachsende Geschwulst der rechten Wange, die bei der Untersuchung etwa taubeneigrofs war, bräunlichrot und weich, sich auf der Unterlage verschieben liefs, aber mit der darüberliegenden Haut innig verwachsen war, keine Schwellung der dazu gehörigen Lymphdrüsen. Histologisch handelt es sich um einen der eigentlichen Cutis angehörigen solitären Tumor, dessen Genese mit Sicherheit nicht mehr festzustellen ist. Er wird in der Peripherie dargestellt von fast noch reinem myomatösen Gewebe, während man nach dem Zentrum zu einen ganz allmählichen Übergang der langgestreckten Muskelzellen in die variabelsten Formen, eine vollkommene Verwilderung des Charakters der Zellen mit totaler Umwälzung ihrer biologischen Eigenschaften feststellen kann. Diese hochgradige Verwilderung der Zellformen bei gleichzeitigem Schwunde des Zwischengewebes sowie ein Einwuchern der Parenchymelemente in Gefäfse wie Subcutis drücken ihm den Stempel der Malignität auf.

Im allgemeinen sind als maligne Myome nur Myome bekannt geworden, die sarkomatös entarteten. Es gibt aber bösartige Myome im eigentlichen Sinne, d. h. Geschwülste einheitlicher Natur, bei denen Verfasser unterscheidet „maligne Myome“ mit gar nicht oder nur minimal von dem „normalen Myomgewebe“ abweichender Struktur, die ihre Malignität örtlich durch destrurierendes Wachstum und durch Metastasierung zeigen; und „sarkomatöse Myome“ — seien sie myoplastischer oder myogener Entstehung —, die neben der klinischen Malignität auch mikroskopisch durch ihre Zellelemente ihre Bösartigkeit erweisen. Zu den letzteren möchte Verfasser den beschriebenen Fall rechnen.

8. **Ein Fall von Lichen planus annularis mit vorhergehenden Pigmentflecken bei einem Psoriatiker**, von N. La Mensa - Palermo. Ein wegen Psoriasis wiederholt in der Klinik behandelter 38jähriger Landmann zeigt zerstreute ringförmige Flecken, die klinisch wie histologisch als Lichen planus annularis aufzufassen waren. Die Veränderungen entwickelten sich aus Pigmentflecken, oder wenigstens ging eine Pigmentierung denselben voraus. Bemerkenswert erscheint das Auftreten eines Lichen planus bei einem Psoriatiker. *W. Lehmann-Stettin.*

Dermatologisches Centralblatt.

Band 14, Nr. 4. Januar 1911.

Zwei Fälle von Resuperinfektion, von F. Selenew-Charkow. Der erste Fall betrifft einen Patienten, der seine Frau infiziert hatte (syphilitisches Kind) und sich dann von ihr seine zweite Syphilis zugezogen hat; er bekam eine charakteristische primäre Sklerose und allgemeine Adenitis. Die Wassermannsche Reaktion fiel positiv

aus, doch liefs sich nicht sagen, ob diese Reaktion auf die frühere oder auf die gegenwärtige Syphilis, welche letztere zur Zeit der Untersuchung etwa zwei Monate alt war, zu beziehen war. Der zweite Patient hatte mit seiner ersten Syphilis 2½ Jahre unter Beobachtung gestanden und während dieser Zeit wegen häufiger Rezidive zahlreiche Kuren gemacht. Etwa einen Monat nach der letzten Kur kommt der Patient mit typischer Sklerose und Polyadenitis und nach weiteren vier Wochen mit einer deutlichen papulösen Roseola zur Beobachtung.

Aus diesen Fällen geht für S. hervor, dafs es möglich ist, dafs bei zweifellosem Vorhandensein von Infektionsstoff von der ersten Allgemeininfektion frischer Syphilis-Infektionsstoff in den Organismus eindringen kann. *W. Lehmann-Stettin.*

Verhandlungen der Royal Society of Medicine,

Dermatological Section.

Sitzung vom 17. November 1910.

Pemphigus foliaceus von 16jähriger Dauer, von H. G. Adamson. Die 39-jährige Patientin, eine Polin, ist im Jahre 1897 bereits mit obiger Diagnose in der dermatologischen Gesellschaft in London demonstriert worden. Trotz der ausgedehnten, charakteristischen Hautläsionen ist das Allgemeinbefinden offenbar ein ausgezeichnetes. Die derzeitige Behandlung besteht in einem täglichen Bade ohne medikamentösen Zusatz und einer blanden Salbe.

Akne scrophulosorum bei einer mit kongenitaler Syphilis behafteten Kranken, von H. G. Adamson.

Ein Fall von Hyperkeratosis der Handteller und Fufssohlen, von H. G. Adamson.

Fall von Lichen scrophulosorum, von H. Davis. Bei dem 13jährigen Mädchen schwankte zunächst die Diagnose zwischen einer tuberkulösen und einer syphilitischen Affektion; für erstere spricht der positive Ausfall der Pirquetschen Reaktion bei negativer Wassermannscher; ferner ist eine abgelaufene Iritis tuberkulöser Art nachzuweisen, und die Biopsie einer der Hautläsionen ergab ein an Tuberkulide gemahnendes Gebilde. Die Therapie soll in der Darreichung von Thyreoidextrakt bestehen.

Universeller Ausschlag bei einem 63jährigen Manne, wahrscheinlich Mykosis fungoides, von F. Colcott Fox. Das Leiden hat vor 3½ Jahren angefangen mit Erosionen an den Nasenostien und roten Flecken auf dem Kopfe bei starkem Juckreiz. Zur Behandlung werden Röntgenbestrahlungen empfohlen.

Ein Fall zum Diagnostizieren, von F. Colcott Fox. Eine 43jährige, verheiratete, kinderlose Frau zeigte am linken Oberarm mehrere rundliche Geschwüre, welche zum Teil unter Kollodiumverband zur Heilung gelangt sind. Redner glaubt, dafs es sich um Artefakte handelt.

Sarkomatosis cutis vom Perrinschen Typus bei einem 25jährigen Manne, von E. G. G. Little. Die Affektion ist erst etwa neun Wochen vor der Demonstration bemerkt worden. Zurzeit findet sich eine reichliche Aussaat von rundlichen, mit blafs rosa-roter Haut bedeckten, bis halbwalnufsgrofsen, sehr resistenten Tumoren am Rumpfe, den Oberarmen und Oberschenkeln. Die Biopsie ergibt die Charakteristica des Sarkoms. Zur Behandlung wurden (M. Morris) grofse Dosen Arsenik empfohlen.

Naevolipomata bei einem Säugling, von E. G. G. Little. Als etwas ganz Ungewöhnliches schildert Redner einen Fall von teils diffuser, teils tumorartiger Lipombildung bei einem Kinde von zehn Wochen, das aufserdem einen ausgedehnten Naevus flammeus aufweist.

Fall von Pityriasis rubra pilaris, von E. G. G. Little. Es handelte sich um eine 26jährige, jungverheiratete Frau. Der Ausschlag ist so ziemlich universell. Ätiologische Momente sind nicht angegeben.

Fall von Granuloma annulare, von E. G. G. Little. Die auf dem Handrücken bei dem 18jährigen Patienten lokalisierte Affektion hat seit drei Jahren schon bestanden, ohne irgendwelche Beschwerden zu verursachen. In der Familie des jungen Mannes sind mehrere Fälle von Lungentuberkulose vorgekommen.

Fall zum Diagnostizieren, von M. Morris. Die Affektion besteht in einer am Oberschenkel lokalisierten Hautverdickung bei einem 72jährigen Manne; die Diagnose schwankt zwischen Lymphangioma cavernosum und Boeckschem benignem Sarkoid.

Melanodermie im Verein mit perniciöser Anämie, von J. H. Sequeira. Es wird ziemlich ausführlich die Krankengeschichte eines 30jährigen Schlachters mitgeteilt, der neben ausgedehnter Hautverfärbung eine Verminderung der Erythrocyten auf 1530000 bei großer Abmagerung, qualvollem Juckreiz und Hinfälligkeit aufwies. Auf Arsenik hat sich der Zustand sehr gebessert.

Symmetrische angiomatöse Schwellungen bei einem tuberkulösen Individuum, von J. H. Sequeira. Die Schwellungen waren von violett-blauer Farbe, an den Händen, Vorderarmen und Ohren lokalisiert, erreichten teilweise die Größe eines Talerstückes und trugen an verschiedenen Stellen warzenförmige Erhebungen. Die Biopsie zeigte im wesentlichen die Erscheinungen einer entzündlichen Affektion mit Gefäßveränderungen im Derma und keine für Tuberkulose sprechenden Prozesse. Die Läsionen sollen bei dem 21jährigen Patienten schon vor neun Jahren hervorgetreten sein.

Fall von Parakeratosis variegata (?), von A. Whitfield. Der Fall betraf einen 57jährigen Bäcker. Die an den Armen lokalisierten Läsionen haben viel Ähnlichkeit mit Lichen planus, doch fehlen die bei letzterem auftretenden weißen Striae. Auch die genauer beschriebenen mikroskopischen Präparate erinnern in mancher Hinsicht an Lichen.

Fall von Keratosis am Finger, von A. W. Williams. Im Anschluß an eine Schnittwunde hat sich eine mit Unterbrechungen nunmehr 20 Jahre lang bestehende warzige parakeratotische Affektion entwickelt. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

The British Journal of Dermatology.

Januar 1911.

Ein weiterer Fall von Pemphigus foliaceus, mit Bemerkungen, von A. Cranston Low-Edinburg. Im Anschluß an seine früheren Beobachtungen von Pemphigus foliaceus berichtet L. über den Verlauf von zwei dieser Fälle, von welchen einer nun vier Jahre lang trotz lange Zeit hindurch ausgeführter Soamininjektionen unverändert geblieben ist und beim zweiten wiederholte Anfälle einer Dermatitis herpetiformis-ähnlichen Eruption vorgekommen sind. Der neue Fall, welchen L. hier beschreibt, betraf, ebenso wie die früheren, wiederum eine weibliche Patientin. 52 Jahre alt, verheiratet, datiert sie den Beginn des Hautleidens etwa zwei Jahre zurück, wo eine trockene Schuppeneruption, hauptsächlich an den Beugeseiten der Extremitäten, sich einstellte und mit Juckgefühl verbunden war. Ihre ganze Haut ist nun bräunlich verfärbt und der Sitz einer typischen Pemphigus foliaceus-Eruption. Hier und da sind kleine Blasen, besonders an den Händen, Handgelenken und Füßen, sichtbar, aber über den ganzen übrigen Körper, Kopf und Extremitäten ist die ganze Haut in großen Flecken abschuppend, wobei stellenweise rote feuchte Herde zum Vorschein kommen, welche spezielle, ringförmige Anordnung zeigen. Reinkulturen

aus dem Blaseninhalt und diesen nässenden Stellen ergaben eine Mischinfektion von Staphylococcus albus und Bacillus pyocyaneus. Der Urin enthält kein Eiweifs oder Zucker, Indikan in beträchtlicher Menge. Es bestand beträchtliche, abendliche Temperaturerhöhung (bis über 39°). Von inneren Mitteln schien Arsenik guten Einflufs zu haben (woher auch die Hautverfärbung), von äufseren Mitteln tägliche Stärkemehlbäder und Schwefelsalbe (mit Zinkoxyd), auf die hauptsächlich erkrankten Stellen aufgetragen. Besonders erwähnenswert an diesem Fall findet L. den Bacillus pyocyaneus als vermutlichen Erreger des Pemphigus und den Umstand, dafs derselbe in Form der Dermatitis herpetiformis begann, was nicht gar selten bei Pemphigus sei und bei Prognose der ersteren stets in Betracht gezogen werden sollte.

Salvarsan. In dieser redaktionellen Übersicht über das neue Mittel erklärt Verfasser sorgfältige Auswahl der für Salvarsan geeigneten Fälle für sehr wichtig, indem irgendwelche nichtsyphilitische Erkrankungen innerer Organe und speziell vorgeschrittene Krankheiten der Nieren und des Zentralnervensystems Salvarsan kontraindizieren. Ob der subcutane, intraglutäale oder intravenöse Weg der Einverleibung vorzuziehen sei, hält Verfasser noch für unentschieden, letzterer habe jedenfalls den Vorzug der Schmerzlosigkeit. Der Einflufs der Injektion auf die Wassermannsche Reaktion ist ein sehr variabler, wenn auch in der Mehrzahl der Fälle, die mit hohen Dosen von Salvarsan behandelt wurden, die Reaktion innerhalb drei bis acht Wochen aus einer positiven zu einer negativen wurde. Der Wert des Mittels ist nun genügend erwiesen, aber die Dauerresultate und wie solche zu erreichen sind, darüber fehlt noch der Beweis. Ob Salvarsan das letzte Stadium in der Entwicklung der Syphilisbehandlung ist oder nicht, jedenfalls stellt es eine wertvolle Bereicherung unseres Arzneischatzes dar.

Bemerkung über einige Fälle gruppenweise angeordneter Komedonen bei Kindern, von E. H. R. Harries-Liverpool. In den vier von H. beobachteten Fällen handelte es sich um Kinder im Alter von sechs Monaten bis zu 3½ Jahren, und zwar nur um Knaben, die sämtlich Brustkinder, aber in aufserordentlich schmutzigem Zustand wegen verschiedener Infektionskrankheiten (Masern, Diphtherie, Scharlach) aufgenommen worden sind. Mit Ausnahme von einem Fall, wo die Komedonen auch am Nacken vorhanden waren, fanden sich dieselben stets an beiden prominenten Wangenpartien. Der Zustand besserte sich bereits erheblich, nachdem im Spitale die gewöhnliche Reinigung (des Gesichts) vorgenommen war. H. fand diesen Zustand bei Kindern in Liverpool viel häufiger als in London und führt ihn teilweise auf die dort herrschende Gewohnheit der Mütter (unter der Arbeiterbevölkerung) zurück, sich und das Kind mit einen Umschlagetuch zu umhüllen, mit welchem sich das Gesicht des Kindes beim Gehen der Mutter in ständiger Reibung befindet; es erklärt sich dadurch auch, warum Brustkinder vor allem von der Affektion betroffen werden. *Stern-München.*

The Journal of cutaneous Diseases including Syphilis.

Januar 1911.

Tuberculosis nodularis des Hypoderms, von Grover W. Wende-Buffalo. In dem von W. beobachteten Falle handelte es sich um eine 43jährige, sonst aufserordentlich gesunde Frau, bei der früher weder selbst noch in deren Familie irgendwelche Erscheinungen von Tuberkulose zu konstatieren waren. Das bestehende Hautleiden begann in ihrem 36. Lebensjahre und war durch progressive Entwicklung schmerzhafter, tiefsitzender Tumoren von wechselnder Gröfse, die nur im Gesichte vorhanden waren, Tendenz zu Gruppierung in runden und ovalen Herden zeigten und stets normale Haut über sich aufwiesen, charakterisiert. Das, was den Verlauf der

Affektion gerade beeinflufste, war nicht zu eruieren, doch hält es W. nicht für unwahrscheinlich, dafs sie einfach den Lymphstämmen folgte. Der Rückgang der Knoten verursachte niemals Narben oder Pigmentierung (Verfärbung); am Kiefergelenk mufs sie jedoch zur Bildung von fibrösem Gewebe und permanenter Ankylose geführt haben. Die Tuberkulin-(Conjunctival-)Reaktion war bei der Patientin eine ausgesprochen positive, ebenso die Behandlung mit Tuberkulin von zweifellosem Erfolge und die Überimpfung von exzidierten Gewebsteilchen auf Meerschweinchen ergab bei denselben Lungen- und Drüsentuberkulose mit mikroskopisch nachweisbaren zahlreichen Tuberkelbazillen und charakteristischem tuberkulösen Gewebe.

In der folgenden Diskussion (auf der 34. Jahresversammlung amerikanischer Dermatologen zu Washington, 3.—5. Mai 1910) hob Fordyce als besonders lehrreich aus Ws. Fall hervor, wie wertvoll sorgsame klinische Beobachtung im Zusammenhang mit histologisch-bakteriologischer Untersuchung sei und wie sehr letztere unsere Kenntnisse über die Tuberkulose der Haut zu erweitern imstande seien. Verschiedene Fälle, welche mit dem Ws. Ähnlichkeit hätten, seien unter anderen Diagnosen, wie Sarkoid usw., gezeigt worden, seien aber in Wirklichkeit tuberkulöser Natur. Auch Corlett wurde durch den interessanten Fall Ws. in seiner Ansicht bestärkt, dafs nach den Sektionsbefunden die Mehrzahl der Erwachsenen mit Tuberkulose behaftet seien, wovon manche gar keine Ahnung hätten; eine Bestätigung dieser Ansicht gäben die neuesten Untersuchungsmethoden auf Tuberkulose, welche nahezu in 90% positive Reaktion bei Erwachsenen zeigten. Die Beobachtung lehrt auch, dafs es viele klinische Formen von Hauttuberkulose gebe. Mit einer Abbildung über Ws. Fall.

Mykosis fungoides, von Lucius C. Pardee und Robert Zeit-Chicago. Im Anschlufs an einen selbst beobachteten Fall, der eine 57jährige Frau betraf, tödlich trotz Arsenik und Röntgenbehandlung endete und nebst Sektionsbefund genau beschrieben ist, kommen Verfasser zu folgenden Hauptschlüssen: Mykosis fungoides ist eine Lymphomatosis, welche gegen Ende das Blutbild einer chronischen lymphatischen Leukämie geben kann. Sie ist also auch primär eine Allgemeinerkrankung des hämatogenen Systems, charakterisiert durch ausgesprochene Hyperplasie des Lymphgewebes, wo immer ein solches physiologisch vorhanden ist, und sekundäre Hautveränderungen; sowohl pathologisch-anatomisch wie klinisch kann sie als einheitliche Krankheit aufgefafst werden.

In der folgenden Diskussion (34. Jahresversammlung amerik. Dermatologen, Washington, 3.—5. Mai 1910) erklärten sowohl Sherwell wie Duhring, dafs sie mit Arsenik (innerlich) und Röntgenbestrahlung bei Mykosis fungoides meist gute Erfolge gehabt haben; Bedingung sei aber, dafs die Arsenikdarreichung hypodermatisch geschehe. Von allen Rednern wird anerkannt, dafs der von P. und Z. so sorgfältig berichtete Fall einen wichtigen Beitrag zur Ätiologie der Mykosis fungoides liefere. Immerhin möchten Pardee und Zeit, wie sie in ihrer Schlufsreplik betonen, neben diesem leukämischen Typus der Mykosis fungoides noch drei bis vier andere Arten derselben unterscheiden, und zwar 1. die erythematöse oder ekzemartige Form, 2. die mit akuter Lymphangitis beginnende und mit Tumorbildung und tödlichem Ausgang endende und 3. die mit Tumorbildung beginnende (Tumeurs d'emblée der Franzosen) Form. Mit (sechs) Abbildungen über makroskopischen und mikroskopischen Befund vorliegenden Falles.

Ein ungewöhnlicher Fall von Tinea versicolor, von Ernest L. Mc Ewen-Chicago. Der Patient, 27 Jahre alt, mit beginnender Lungentuberkulose, berichtet, dafs die Hauteruption beinahe unverändert seit etwa zwölf Jahren besteht, ohne subjektive Erscheinungen zu machen; die befallenen Partien sind der Rücken von den Schultern bis zum Gesäfs, Brust und obere Partien des Bauches, die Arme, speziell

deren Aufsenflächen. Zwischen den verschieden grofsen, nicht erhabenen, bräunlichen und leicht schuppenden, gewöhnlichen Effloreszenzen der Tinea lagen, besonders am Rücken, erhabene, rotbraune, hanfkorn- bis erbsengrofse, den Haarfollikeln entsprechende Papeln zerstreut; dieselben konnten mit der Kürette entfernt werden, was differentialdiagnostisch von Pityriasis rubra pilaris unterscheidet, die unterliegende Haut erscheint blafs und nicht entzündet und die so entfernten Massen zeigten unter dem Mikroskop reichliche Mengen von Mikrosporon furfur. Bezüglich der Erhabenheit von Tinea versicolor-Effloreszenzen fand Mc Ewen dieselbe unter 20 Handbüchern amerikanischer, englischer, französischer und deutscher Dermatologen in zehn überhaupt nicht, in den anderen nur nebenbei „geringe Erhabenheit" erwähnt und nur in einer Publikation einen dem vorliegenden Falle ähnlichen beschrieben. Mit zwei Abbildungen (die Papeln am Rücken in normaler Gröfse und in vergröfsertem Bilde zeigend).

Berichte über einige Fälle, von Henry Rockwell Varney und R. C. Jamieson-Detroit.

1. Fall: **Hereditäre Syphilis und ungewöhnliche Pigmentierung;** 11jähriges Mädchen, bei dem die ungewöhnliche Pigmentierung im Alter von zwei Jahren begann, allmählich immer mehr zunahm und Gesicht, Hals und Arme, also die unbedeckten Körperteile betraf.

2. Fall: **Lichen annularis;** 24jährige Frau, bei welcher die Affektion seit etwa $2^1/_2$ Jahren bestand, ohne subjektive Beschwerden; Schuppung und Neigung zu Rückbildung. Die Hauptstellen der ausgesprochen ringförmigen Effloreszenzen sind die Streckseiten an Ellenbogen- und Kniegelenken.

3. Fall: **Erythema iris.** Bei der 27jährigen Patientin, Pflegerin, waren während der letzten vier Jahre vier- bis fünfmal im Jahre, und zwar häufiger während der kalten Monate, an Händen (Innen- und Aufsenflächen), Vorderarm, Mundschleimhaut und (wenige) an den Füfsen Anfälle von charakteristischem Erythema iris aufgetreten. Die Behandlung mit Calciumlaktat in grofsen Dosen bei Beginn eines Anfalles erwies sich bei ein paar Anfällen insofern als nützlich, als deren Dauer resp. Intensität vermindert wurde.

4. Fall: **Grannuloma annulare.** Die 58jährige Patientin zeigte an der Dorsalfläche der rechten Hand und an der Innenfläche des linken Handgelenkes je eine kreisrunde, über die Haut erhabene, weifsliche, warzenartige und scharf begrenzte Effloreszenz, deren Zentrum von normal weifser Farbe und die vor etwa 4 Monaten mit einer kleinen, dunkelgefärbten Papel begonnen hatte. Subjektive Symptome waren nicht vorhanden. Unter Arsenikdarreichung ging die Affektion allmählich völlig zurück. *Stern-München.*

Annales des Maladies vénériennes.

Band VI, Heft 1. Januar 1911.

Ist die maligne Syphilis praecox Syphilis? Von Carle-Lyon. Verfasser hat in den letzten fünf Jahren sechs Fälle beobachtet, von denen er einen ausführlich beschreibt. Er verbreitet sich über den Syphiliskomplex der Erkrankung, besonders soweit derselbe sich von dem gewöhnlichen Verlauf der Syphilis unterscheidet; der foudroyante Verlauf des Primäraffekts, die Abwesenheit der klassischen Symptome der Sekundärperiode oder wenigstens der regelmäfsigen Aufeinanderfolge derselben, die Abwesenheit der Spirochäten und die meist fehlende Beeinflufsbarkeit durch Quecksilber. Dabei wird über das Verhalten der Wassermannschen Reaktion nichts weiter bemerkt, nur in seinem letzten Falle hat Verfasser die Reaktion einmal vorgenommen

und negativ gefunden. Daſs es sich bei dieser Form trotz aller Verschiedenheiten um typische Syphilis handelt, geht seiner Meinung nach schon daraus hervor, daſs sich die Infektionsquelle, soweit eruierbar, immer als Syphilis erweist.

W. Lehmann-Stettin.

Russische Zeitschrift für Haut- und venerische Krankheiten.

Band XX. Dezember 1910.

I. **Zur Ätiologie der epithelialen Cysten der Finger und der Handfläche,** von Meleschko. In dem beobachteten Fall von Cystenbildung am rechten Zeigefinger zeigte sich bei der Exstirpation, daſs sich in der Geschwulst ein Piston fand. Verfasser sieht daher als Ursache dieser Cystenbildungen, abgesehen von einem Trauma, auch noch das Eindringen eines Fremdkörpers an.

II. **Ein Fall von mehrfacher Gangränbildung der Haut (Gangraena hysterica),** von Nikiforow. Der beschriebene Fall betraf eine hysterische Frau, bei der sich im Laufe von sieben Jahren immer wieder Ulcerationen auf verschiedenen Körperteilen entwickelten, die gangränös wurden. Unter der Behandlung überhäuteten sich dieselben, kehrten aber wieder. Hypnose wurde nicht versucht.

III. **Salvarsan in dem städtischen Alexanderhospital,** von Dolgopolow. Verfasser berichtet über 18 Versuche der Anwendung von Salvarsan im Stadtkrankenhaus zu Jekaterinoslaw. Die Versuche wurden teils durch Einspritzung in die Vene, teils intramuskulär nach Blaschko vorgenommen. Das Auftreten einer Neurose in einem Fall, wie die regelmäſsige Entwicklung von Infiltraten bei intramuskulärer Anwendung sprechen nach Verfasser zugunsten der intravenösen Injektion. Letztere wird, wenn sie lege artis ausgeführt wird, brillant vertragen. Besonders gut war der Erfolg nach Injektion von Salvarsan bei tertiärer Lues, wie bei Versagen des Quecksilbers.

IV. **Ein Fall von hartnäckigem Gumma, geheilt durch Salvarsan,** von Reiss. Das angeblich drei Jahre bestehende serpiginös-gummöse Geschwür auf dem rechten Unterschenkel verschwand nach intramuskulärer Injektion von 0,45 Salvarsan Marke hg im Laufe von 14 Tagen.

V. **Zur Kasuistik der blennorrhoischen Fisteln,** von Hefter. Da die periurethralen blennorrhoischen Phlegmonen zu den Seltenheiten gehören, berichtet H. über eine derartige Beobachtung. Es handelte sich um einen 30jährigen Mann, welcher seit zwölf Jahren an einem chronischen Tripper litt, der wieder exacerbierte. 1½ Monate nach Auftreten der Exacerbation, welche der Kranke durch Einspritzungen behandelte, bildete sich an der Peniswurzel im Angulus penoscrotalis eine Fistel, aus der sich mit Blut vermischter Eiter entleerte. Von dieser Fistel ging längs der Raphe des Skrotums ein fistulöser Gang, fast bis zur Mitte des Hodensacks. In dem Sekret lieſs sich, auſser dem Gonococcus, noch ein kleiner Mikrococcus nachweisen, so daſs Verfasser eine Mischinfektion annimmt. Auſserdem fand sich noch eine chronische Prostatitis blennorrhoica. Der Patient entzog sich bald der Behandlung.

Arthur Jordan-Moskau.

Japanische Zeitschrift für Dermatologie und Urologie.

Band X, Heft 9 bis 11. September bis November 1910.

1. **Über einen Fall von Milzbrand,** von T. Okamura-Tokyo.

2. **Über einen seltenen Fall von nach einem akuten Exanthem entstandenem Lupus vulgaris multiplex beim Erwachsenen,** von Sh. Hasegawa-Kioto.

3. **Über Lymphangioma circumscriptum,** von SH. TAKAGI-Fukuoka.

4. **Über Cysticercus cellulosae hominis und die Beschaffenheit des Blaseninhaltes,** von SH. HASEGAWA.

5. **Erfahrungen über das neue Mittel Salvarsan,** von M. SASAKAWA-Tokio. Sechs Reproduktionen nach Photographien. *W. Lehmann-Stettin.*

Folia urologica.

Bd. V. Nr. 7. Januar 1911.

1. **Ein neuer Fall von sogenannter primärer Nierenaktinomykose,** von J. ISRAEL-Berlin. Den überhaupt ersten Fall von anscheinend primärer Nierenaktinomykose hat ISRAEL im Jahre 1899 publiziert. Dieser Fall konnte Anspruch auf die Bezeichnung einer primären Nierenaktinomykose machen, weil erstens aufser der Nierenerkrankung kein anderer aktinomykotischer Krankheitsherd objektiv oder anamnestisch erweisbar war, zweitens nach der Nephrektomie eine bis jetzt dauernde elfjährige Heilung festgestellt werden konnte. Dafs ein Actinomycesherd aufserhalb der Niere existiert hat und zur Spontanheilung gelangt ist, mufs als notwendiges Postulat für das Verständnis der Pathogenese einer Nierenaktinomykose angenommen werden, gerade wie bei einer Nierentuberkulose ein älterer Herd aufserhalb der Niere vorausgesetzt werden mufs. Identische Fälle sind seitdem erst zwei in der Literatur bekannt geworden. Einen weiteren teilt I. hier mit: Bei einer 60jährigen Landwirtsfrau, bei der die Diagnose auf eine eitrige Perinephritis gestellt wurde, ergab die Operation aufserhalb wie innerhalb der Niere abscefsartige Herde mit typischem Actinomycesbefund. Nach Nephrektomie blieb eine feine Fistel, die nach zehn Monaten noch persistiert.

Verfasser macht auf gewisse Ähnlichkeiten zwischen der Nierenaktinomykose und der Nierentuberkulose aufmerksam.

2. **Über vier Fälle von Blasenerweiterung bei Diabetes insipidus,** von H. STRAUSS-Berlin. In den vier mitgeteilten längere Zeit beobachteten Fällen handelte es sich um jüngere Individuen, bei denen die Möglichkeit, dafs es sich eventuell um anderweitige Veränderungen der Blase oder Prostata handeln könne, nicht in dem Mafse vorhanden ist wie bei älteren Personen.

3. **Harnröhrenschmerzen nach geheilter Urethritis,** von FINOCCHIARO DE MEO-Catania. Bei vorhandenen narbigen Veränderungen der Harnröhre, auch in den tieferen Schichten der Schleimhaut, kann jede Kongestion durch Kompression der anatomischen Elemente (Nerven) den Ausgangspunkt neuralgischer Krisen bilden. Graduelle Dilatation und sanfte Massage der restierenden Infiltrate auf einem Metallkatheter bessern die zirkulatorischen und anatomischen Verhältnisse der Schleimhaut und haben auch indirekt einen Einflufs auf die nervösen Elemente.

4. **Ein Beitrag zur Kenntnis der Syphilis der Harnblase,** von G. v. ENGELMANN-Riga. Bei drei fraglos syphilitischen Individuen, deren Lues 15—20 Jahre zurücklag, finden sich Veränderungen in der Blase, deren syphilitische Natur durch die prompte Wirkung der Hg-Behandlung erwiesen erscheint. Die Symptome sind hauptsächlich Blutungen, während subjektive Beschwerden fehlten, so lange keine intensive Cystitis hinzutritt; cystoskopisch: stark inkrustierte multiple Ulcera, zweimal mit tumorartigem Gebilde in der Gegend der rechten Ureteröffnung.

5. **Die Methodik der Anwendung von heifsen Sonden zur hyperämischen Behandlung der Urethra,** von MORITZ POROSZ-Budapest. P. hat den JUNKERschen Heifswasserapparat direkt mit einem Irrigator verbunden, der eine doppelläufige gerade konische Sonde speist. Das Wasser (des aus der Sonde herausfliefsenden

Wasserstrahls) soll im Anfang eine Temperatur von 30—35° C haben, die allmählich bis auf 45° erhöht wird. Gonokokken lassen sich damit nicht endgültig vernichten, wohl aber gelingt die Resorption von Infiltraten und die Beseitigung katarrhalischer Absonderung. ***W. Lehmann-Stettin.***

Bücherbesprechungen.

Die Technik der Salvarsanbehandlung, von E. Tomasczewski. (G. Thieme, Leipzig 1911.) Aus der Unzahl der angegebenen Zubereitungsmethoden des Salvarsans hebt der Verfasser die wichtigsten, in der Klinik am häufigsten gebrauchten hervor. Er bespricht in kurzer übersichtlicher Weise die Tecknik der subcutanen, intramuskulären und intravenösen Injektion. Die erstere Methode empfiehlt er nicht zur Anwendung, die zweite nur in Form der alkalischen Lösung. Die intravenöse Injektion betrachtet T. nach den Wandlungen in der Beurteilung des Salvarsans wegen der geringen Reizerscheinungen als die beste, warnt aber wegen der Schwierigkeit der Technik vor der Einführung in die allgemeine Praxis. Kurz werden Dosierung, allgemeine und lokale Nebenwirkungen des Mittels und Kontraindikationen besprochen.

Richard Frühwald-Leipzig.

Die Therapie der Syphilis, von P. Mulzer. (Berlin 1911. J. Springer.) Das Buch, dessen Inhalt mit dem Titel nicht ganz übereinstimmt, bringt nach flüchtiger Streifung des Quecksilbers und kurzer Besprechung der älteren Arsenpräparate (Atoxyl, Arsacetin usw.) im wesentlichen die Erfahrungen mit Ehrlichs Heilmittel. Es werden die verschiedenen Zubereitungsarten, die Tecknik der Injektionsmethoden besprochen und schliefslich die in der Literatur niedergelegten Erfahrungen über die Wirkung des Mittels bei den einzelnen Stadien der Syphilis, bei Metasyphilis usw. zusammengetragen. Verfasser bespricht sodann die Dosierung des Mittels, seinen Einflufs auf die Wassermannsche Reaktion, die beobachteten Rezidive und die Nebenwirkungen. In der Epikrise bezeichnet er das Salvarsans als ein wertvolles Mittel in der Behandlung der Syphilis, warnt aber vor der Verallgemeinerung der wiederholten Einspritzungen, da die Frage der Nervenschädigungen, besonders des Sehnerven, durch kumulative Wirkung noch nicht geklärt ist. Er erklärt auch eine Kombination der Salvarsantherapie mit Quecksilberkuren als sehr zweckmäfsig.

Richard Frühwald-Leipzig.

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. *Syphilis.*

Die Behandlung der Syphilis mit Salvarsan, von Finger-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 47 u. ff.) Bewertung der Salvarsanbehandlung auf Grund von 170 ausgesuchten Fällen: Dem Salvarsan kommt zweilfellos eine energischere symptomatische Wirkung zu als dem Quecksilber und Jod; darum ist 606 zweifellos dort am Platz, wo wegen Gefahr im Verzug eine rasche Wirkung erwünscht

erscheint, wie z. B. bei hereditärer Syphilis, tertiären oder malignen gefahrdrohenden Formen. Was indes die Heilwirkung auf den syphilitischen Prozefs als solchen (Dauerwirkung) betrifft, so haben wir bisher nicht das Recht, dem Salvarsan eine gröfsere Wirkung zuzuschreiben als den bisherigen Behandlungsmethoden. Ferner ist die „gänzliche Ungefährlichkeit“ bisher nicht erwiesen, vielmehr besteht die Befürchtung, dafs dem Salvarsan gleich dem Atoxyl und Arsazetin vielleicht doch unangenehme neurotrope Wirkungen zukommen. F. berichtet vier Fälle von recht unangenehmen Augenstörungen und drei Fälle mit eigentümlichen, zum Teil beängstigenden Erscheinungen am Gehörorgan: 1. Ein kräftiges 19jähriges Landmädchen kommt zwei Monate, nachdem 0,45 Salvarsan ein promptes Verschwinden ihrer luetischen Symptome bewirkt (vier Monate nach der Infektion), mit rechtsseitiger Okulomotoriusparese, Lähmung des Levator palpebrae sup. und des Rectus internus, sowie beginnender Neuritis optica am linken Auge; der kurz vorher negative Wassermann war wieder positiv; keine Besserung auf erneute Injektion von 0,45; auch nicht nach einer Hg- und Jodbehandlung; im Gegenteil, es ist eine Neuritis des rechten Optikus hinzugetreten. 2. Eine zweite kräftige Patientin kommt 3 Monate nach der Injektion, 5½ Monate nach der Infektion, mit einer Abducenslähmung ohne sonstige syphilitische Erscheinungen. 3. Ein 28jähriger Patient zeigte 3 Monate nach der Injektion, 8 Monate nach der Infektion Chorioiditis peripherica rechts mit zentraler Glaskörpertrübung. 4. Ein vierter Fall zeigte nach 2jähriger Behandlung seiner malignen Syphilis Besserung auf 606, aber nach drei Monaten beiderseitige beginnende Optikusatrophie. Was die Erscheinungen am Gehörorgan anbetrifft, so zeigte ein Patient am Tage nach der Injektion, von 0,5 alle Erscheinungen einer isolierten Ausschaltung des Vestibularnerven, die aber nach einigen Tagen vorüberging. Bei einem zweiten Falle fand sich neun Wochen nach der Injektion, drei Monate nach der Infektion eine beiderseitige labyrinthäre Schwerhörigkeit, die bisher unverändert geblieben; dabei keine Erscheinungen sekundärer Lues und negativer Wassermann. Im dritten Falle trat drei Monate nach 0,45 ebenfalls labyrinthäre Schwerhörigkeit, Schwindel und spontaner Nystagmus auf; bisher stationär geblieben.

Der vorstehende Vortrag Fingers wurde am 18. November 1910 in der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien gehalten; daran schlofs sich eine äufserst lebhafte und umfangreiche Diskussion, die sich durch die Sitzungen vom 25. November, 2., 6., 9. Dezember bis zum 16. Dezember hinzog. Daraus sei kurz noch das Folgende mitgeteilt.

Riehl hält den Zusammenhang der von Finger berichteten Schädigungen mit dem Salvarsan nicht für erwiesen. Er hat an seiner Klinik keine ernste Schädigung gesehen und verweist darauf, dafs schliefslich auch die Hg-Behandlung besonders bei grofsen Dosen ungelöster Präparate nicht als harmlos zu bezeichnen ist und dafs unglückliche Zufälle in der Literatur bekannt geworden.

Kren hat von den in der Riehlschen Klinik injizierten 140 Patienten 89 nachuntersuchen können und keine Augensymptome gesehen mit Ausnahme einer als Rezidiv aufzufassenden Iritis und mehreren Fällen von vorübergehendem subjektiven Flimmern vor den Augen. Was die Ohrenbefunde anlangt, so hat sich in einem Falle zwei Monate nach der Injektion eine geringe labyrinthäre Schwerhörigkeit bei negativem Wassermann gefunden. Leichte und vorübergehende Nervensymptome, wie Kribbeln in den Händen, Ameisenlaufen im ganzen Integument und profuse Nachtschweifse sind nicht so sehr selten vorgekommen.

Urbantschitsch hat aus den Kliniken Finger, Riehl und Ehrmann 60 mit Salvarsan behandelte Fälle zur Untersuchung der Ohren bekommen und fünfmal eine isolierte Ausschaltung des Vestibularnerven gesehen, die meist kurz nach der

Injektion auftrat und bald wieder verschwand. Da in zwei Fällen gleichzeitig Herxheimersche Reaktion beobachtet wurde, erscheint es nicht unwahrscheinlich, dafs es sich um analoge Reaktionserscheinungen handelte.

Matzenauer hat von seinen 126 Fällen nur einen relativ kleinen Prozentsatz verfolgen können, aber unter diesen schon acht Rezidive gesehen; auch er hat einen Fall mit Akustikusstörungen zu verzeichnen. Er hat im ganzen sehr gute Behandlungsresultate gehabt, glaubt aber auch, dafs dem Salvarsan neben der spirillotropen eine beachtenswerte organotrope, vielleicht speziell neurotrope Wirkung zukomme.

Ullmann hat in 62 Fällen nur gute Erfolge gehabt, keine ernstere Nebenwirkung gesehen; einen ernsten Fall der im Anschlufs an eine vorgenommene Operation zum Exitus kam, berichtet er genauer; er glaubt nicht, das derselbe dem 606 zur Last zu legen ist.

Oppenheim glaubt (64 Fälle), dafs das Mittel an Abortivwirkung dem Hg überlegen ist, hat aber bei sekundärer Lues neben guten augenblicklichen Erfolgen so viele Rezidive, auch eine Neuritis optica gesehen, dafs seiner Meinung nach eine allgemeine Einführung des Präparates nicht wünschenswert erscheint; er möchte es reserviert wissen für alle Fälle, bei denen Hg und Jod versagen oder bei denen Lebensgefahr durch Syphilis bedingt ist.

Nobl hat 72 Kranke fortlaufend beobachten und 35 speziell auf ihre Augen untersuchen lassen können; er hat keine Schädigungen gesehen.

Alexander hat seit Jahren ein grofses syphilitisches Material auf Ohraffektionen untersucht und kann sagen, dafs „die akute luetische Neuritis des Nervus octavus, mag sie sich im kochlearen oder vestibularen Teil des Nerven lokalisieren, im rezenten Stadium der Syphilis selten"; er glaubt, dafs die Fälle Fingers mit dem Arsenobenzol ätiologisch in Verbindung gebracht werden müssen, dafs aber eine vorher bestehende Erkrankung des Vestibularis den Angriffspunkt für das Salvarsan abgegeben.

Lang meint, man solle von dem Präparat nichts Unmögliches erwarten; es sei in vielen Fällen sicher ausgezeichnet und werde seinen Platz neben den anderen syphilitischen Mitteln behaupten.

Weidenfeld hat neben glänzenden Resultaten auch viele Rezidive und eine Reihe Nebenwirkungen gesehen; er weist darauf hin, dafs wir letztere, selbst schwere Störungen des Gehörapparates, auch nach anderen Mitteln gesehen und diese in ihrer Anwendung nicht eingeschränkt haben, sondern nur vorsichtiger geworden sind.

von Zumbusch hat unter seinen 300 Fällen eine Neuritis optica beobachtet, die auf Quecksilberbehandlung sich besserte, dann aber rezidivierte; er hält dieselbe für syphilitischen Ursprungs. Zufällig hat er kurz vor diesem Falle einen ganz ähnlichen gesehen, wo nur Quecksilberinjektionen vorgenommen worden waren.

Dimmer hat eine Reihe seiner Augenpatienten, darunter sieben Fälle von Iridocyclitis luetica der Behandlung mit Ehrlichschen Mittel zugeführt und sehr gute Resultate gehabt, nur in einem Falle trat ein Rezidiv auf, in dem es zu einer schweren Papilloretinitis mit hochgradiger Schwellung der Retina kam.

Rusch kann neben glänzenden bzw. befriedigenden Erfolgen, wohl in der Mehrzahl der Fälle, auch über eine Reihe weniger günstiger Beobachtungen berichten; darunter vor allem frühzeitige und auffallend schwere Rezidive. Auch einen Fall schwerer Affektion der Nervi acustici, zwei Monate nach der Arsenobenzolinjektion bei einer vor $^{3}/_{4}$ Jahren luetisch infizierten Frau; die Komplikation war aber wohl luetischer Natur, da sie bei Quecksilber- und Jodbehandlung in Rückbildung begriffen ist. Rusch ist der Meinung, dafs nach den bisherigen noch lange nicht abgeschlossenen Erfahrungen das Injektionsgebiet des Salvarsan innerhalb enger Grenzen liegt.

Dohrr hat in etwa 270 Fällen nur gute Resultate und keine Schädigungen erzielt;

auch nach ihm wirkt das Arsenobenzol sowohl spirillotrop wie organotrop. Über seine Fälle lassen sich weiter des Näheren aus Frühauf und Mattauschek.

Biehl berichtet neben einer nur ganz geringen Schädigung des Akustikus über einen eklatanten Heilerfolg bei einer schweren Larynxerkrankung: Der bereits vor einigen Jahren wegen hochgradiger Veränderungen an Nase und Larynx tracheotomierte Patient konnte drei Wochen nach der Injektion wieder diensttauglich zu seinem Truppenteil zurückkehren.

Frey: Unter 100 Fällen der v. Zeisslschen Station ein Fall von Hörstörungen, bei dem es sich aber um ein Luesrezidiv gehandelt haben kann.

Chiari berichtet über zwei Fälle von hochgradiger Zerstörung der Kehlkopfknorpel bei alter Lues, in denen Salvarsan gut bzw. glänzend gewirkt hatte.

Pal hat bei 39 Fällen keine ernsteren Schädigungen gesehen, wohl aber hämorrhagische Nekrosen, wenigstens bei Verwendung des neutralisierten Präparates; er ist darauf zur Anwendung der schwach alkalischen Lösung zurückgekehrt. Er berichtet über ganz vorzügliche Erfolge in Fällen schwerer gummöser Syphilis der Leber.

Bindermann gibt Näheres über die 150 Fälle der Zeisslschen Klinik: „Steht nun auch nach allen Beobachtungen der ausgezeichnete therapeutische Effekt des Salvarsans und damit die Tatsache aufser Zweifel, dafs wir im Arsenobenzol ein eminentes Antisyphilitikum erblicken müssen, das wir nicht mehr vermissen möchten, so ist man allerdings von einem abschliefsenden Urteil darüber noch sehr weit entfernt."

Aus dem Schlufswort von Finger wäre hervorzuheben: „Wenn ich nun zunächst die mit dem Salvarsan zu erzielenden Heilerfolge bespreche, so kann ich feststellen, dafs alle Redner in der Diskussion mit mir derselben Meinung waren, dafs dem Salvarsan meist vorzügliche symptomatische Wirkung zukommt, da dasselbe bestehende Erscheinungen rasch zum Schwunde zu bringen pflegt, dafs aber dessen Wirkung gegenüber dem Syphilisprozefs selbst kaum höher bewertet werden kann, als die des Quecksilbers, wenn auch dessen raschere Wirkung es für besondere Fälle: Lues maligna, hereditaria, tertiaria, speziell geeignet macht; dafs auch nach der Salvarsanbehandlung Rezidiven rasch, ja zuweilen auffallend rasch und intensiv eintreten." Was die Nebenerscheinungen betrifft, sind in der Diskussion Weidenfeld, Matzenauer und Rusch dafür eingetreten, dafs dem Arsenobenzol auch organotrope Wirkung zukommen könne. Dafs diese Wirkung auch neurotrop sein könne, hat jüngst Werther-Dresden hervorgehoben, der nach intravenöser und intramuskulärer Applikation häufig Herpes zoster-Ausbrüche beobachtete.

Die Zahl der von mir zuerst geschilderten Nebenerscheinungen ist durch Mitteilungen in der Diskussion nicht unwesentlich vermehrt worden. Über das Auftreten von Neuritis optica berichteten die Herren Oppenheim, Dimmer, Rusch, Spitzer, Zumbusch.

Über Erscheinungen am Acusticus die Kliniken Urbantschitsch, Riehl, die Herren Matzenauer, Alexander, Ehrmann, Rusch, Frey, Biehl, dessen Fall wohl als Herxheimersche Reaktion aufzufassen ist.

Zu den von mir damals mitgeteilten Fällen kommen weitere hinzu: Ein Patient meiner Klinik, der neben rechtsseitiger Chorioiditis mit Glaskörpertrübung eine rechtsseitige Acusticuserkrankung zeigt, der Fall der Abteilung Zumbusch von einseitiger Taubheit, den Assistent Beck neulich vorstellte, ein Fall von Vestibularerscheinungen, der von Zechmeister-Sarajewo behandelt wurde, Fälle, die in ihrem klinischen Verlaufe alle sehr ähnliche Bilder darboten.

Seit meinem Vortrage sind aber auch in Deutschland Mitteilungen über eingentümliche Nebenerscheinungen, die stets einige Wochen nach der Injektion auftraten,

gemacht worden. So berichtete Kowalewski über Neuritis optica. Wechselmann über Abducens- und Trochlearisparese, Iritis, Chorioiditis; Michaelis, Blaschko über Fälle von Neuritis optica. Stern über zwei Fälle von Abducensparese. Oppenheim über einen eigentümlichen Fall von Meningitis basilaris gummosa, die vier Monate nach der Infektion, sechs Wochen nach der Injektion auftrat. Endlich hat Rille in den letzten Tagen über drei Fälle von Acusticus- und Cochlearisparese bei frischer Lues, die alle einige Wochen nach der Injektion auftraten, berichtet, welche Fälle mit den von uns beobachteten völlig übereinstimmten.

Was nun die Auffassung dieser Fälle betrifft, so glaube ich, dafs es vorläufig nur unsere Aufgabe sei, Tatsachen zu verzeichnen, und dafs sich die Auffassung erst mit der Zeit und Erfahrung von selbst ergeben wird. Ich möchte also heute jede Deutung als unzeitgemäfs ablehnen.

Sollte sich die Befürchtung des direkten oder indirekten Zusammenhanges dieser Erscheinungen mit dem Arsenobenzol als begründet erweisen, dann kann nur sorgfältige Abwägung aller Vor- und Nachteile nach Erfahrungen an grofsem Materiale unsere definitive Stellungnahme zu dem Mittel ergeben, heute ist jede Äufserung in diesem Sinne unbedingt verfrüht. *W. Lehmann-Stettin.*

Einige Beobachtungen über die Wirkung des Ehrlich-Hataschen Salvarsans, von S. Wermel und Karlin. (*Medicinskoje Obosrenje.* 1910. Nr. 20. S. 945.) Die neun Fälle, wo W. und K. das Salvarsan anwandten, betrafen Kranke sehr verschiedener Art (viermal solche mit progressiver Paralyse, einmal heftige Kopfschmerzen auf luetischer Basis, einmal eine Facialisparese auf luetischer Basis, einmal ein Granuloma lueticum (?), welches nach der Injektion von 606, da es wuchs, exstirpiert werden mufste, einmal frische Lues und einmal Leukämie). In einigen dieser Fälle sahen die Verfasser entschiedene Besserung, in anderen nicht, sie enthalten sich jedes Urteils und betonen nur, dafs Salvarsan einerseits spezifisch wirkt und andererseits als Emulsion nach Blaschko sich leicht und gut injizieren läfst.

Arthur Jordan-Moskau.

Über die Wirkung des Ehrlichschen Salvarsans auf das Auge, von Wechselmann und Seeligsohn-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 47.) Die Verfasser haben bei luetischen Augenerkrankungen mit der Salvarsanbehandlung im allgemeinen sehr günstige Resultate erzielt. Lichtstarre Papillen allerdings blieben starr, auch die in zwei Fällen, freilich schon seit Jahren bestehenden Augenmuskellähmungen wurden durch die Injektion nicht beeinflufst. Dagegen waren die Erfolge bei luetischer Episcleritis, Iritis, Iritis papulosa, Iridocyclitis und Chorioiditis mit Glaskörpertrübungen sehr gut. Von zwei Fällen von hereditär-luetischer Keratitis parenchymatosa wurde der eine in kurzer Zeit wesentlich gebessert, während das Mittel im zweiten Falle versagte.

Eine Schädigung des Sehnerven oder sonstige Schädigungen des Sehapparates hat W. bei mehr als 1400 Fällen nie beobachtet, obwohl er schon seit längerer Zeit auch bei Syphilitikern mit Neuritis optica und beginnender Sehnervenatrophie injiziert; selbst in Fällen, deren Prognose nach augenärztlichem Urteil infaust war, trat niemals Verschlimmerung, manchmal sogar Besserung ein. Auch die Befürchtung, es könnte in vorher mit Atoxyl behandelten Fällen eine latente Schädigung des Sehnerven oder der Retina vorhanden sein, die durch die Salvarsaninjektion progredient würde, hat sich nicht bestätigt. Man darf demzufolge Salvarsan ohne Furcht vor der Einwirkung auf den erkrankten Sehnerven anwenden, wenn es auch kein Heilmittel gegen Atrophia nervi optici ist. In allen Fällen aber ist vor der Injektion der Augenhinter-

grund zu untersuchen, damit etwaige Neuritiden festgestellt werden; man könnte sonst vielleicht später auftretende, durch die Krankheit bedingte Störungen der Anwendung des Mittels zur Last legen. FEHR fand bei dem Krankenmaterial Ws. im Eruptions- und frischen Sekundärstadium in 2—8% der Fälle Neuritiden, Stauungspapillen und retrobulbäre Neuritiden, ohne daſs subjektive Veränderungen bestanden; vielleicht führen solche Neuritiden, wenn sie nicht vollkommen geheilt werden, in späterer Zeit zu degenerativen Prozessen des Sehnerven. *Göts-München.*

Salvarsan und Syphilisbehandlung, von T. MARSCHALKO-Kolozsvár. (*Orvosi Hetilap.* 1910. Nr. 47.) Verfasser faſst seine Erfahrungen in folgendem zusammen: Das EHRLICHsche Salvarsan heilt in der groſsen Mehrheit der Fälle nach einer einmaligen Einspritzung die Syphilis nicht entgültig. Ob man mit Hilfe der kombinierten Methode (Einspritzung in die Sammelader + Depôt) mit gröſseren Dosen wesentlich bessere Resultate erzielen wird, werden erst die späteren Untersuchungen entscheiden. EHRLICHs Mittel ist, was die Intensität und das rasche Auftreten der Wirkung betrifft, unschätzbar. Es hat den groſsen Vorteil, daſs es auch da eine Wirkung ausübt, wo man vom Quecksilber in Stich gelassen wird, oder wo dieses überhaupt nur schadet. Am wirksamsten ist das Mittel in allen Formen der frühzeitigen Syphilis. Die ulcerösen schmerzhaften Papeln des Schleimhautsystems bessern sich oft schon nach Verlauf einiger Stunden. Die Schmerzen hören auf und nach einigen Tagen verschwinden die Papeln ganz. Ebenso wirksam ist das Mittel in allen Formen der tertiären Haut-, der Knochen- und Schleimhautsyphilis. Etwas weniger verläſslich ist die Wirkung in den Syphilisfällen, die in das Bereich der internen Medizin gehören; die unmittelbare Wirkung des Mittels ist ausnahmslos so überraschend und sie tritt so rasch auf, daſs dies nicht anders erklärt werden kann, als mit der Vernichtung eines groſsen Teils der Spirochäten. Ein Teil bleibt in der Mehrzahl der Fälle zurück, und es bleibt noch eine Frage, ob eine zweite, eventuell mehrmals wiederholte Injektion, sie in allen Fällen bis auf die letzte Spur vernichten kann. Man darf sich nicht einreden, daſs man mit dem neuen Mittel die Syphilis auf einen Schlag heilen könne. Darüber muſs auch das Laienpublikum aufgeklärt werden. Sondern man muſs bestrebt sein, die noch zurückgebliebenen, aber jedenfalls an Zahl viel geringeren, und eventuell auch geschwächten Spirochäten zu vernichten. Dies geschieht aber am zweckmäſsigsten mit Hilfe der Quecksilberkuren. Die Symptome, welche nach Anwendung des Arsenobenzols noch zurückbleiben, verschwinden schon bei verhältnismäſsig mildern Kuren. *Porosz-Budapest.*

Technische und biologische Erfahrungen mit Salvarsan, von H. C. PLAUT-Hamburg. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 48.) Salvarsan wirkt nach den Erfahrungen PLs. auſserordentlich viel schneller, als die bis jetzt bekannten Antisyphilitika; seine Anwendung ist besonders bei Personen, die Hg nicht vertragen oder bei denen Hg versagt, dann bei Leuten mit schlechtem Gebiſs und vernachlässigter Mundhöhle und in Fällen, wo die Gefahr der Ansteckung rasch beseitigt werden muſs, äuſserst wertvoll. Die von WECHSELMANN angegebene Methode der Salvarsaninjektion, deren PL. sich anfänglich bedient hat, ist wegen der starken Infiltratbildung und der häufig vorkommenden Nekrotisierungen nicht zu empfehlen.

In vitro beeinfluſst merkwürdigerweise wäſsrige Salvarsanlösung in der ersten Zeit des Kontaktes weder die Form noch die Beweglichkeit der lebenden Spirochäten. Im Körper wirkt das Mittel wahrscheinlich lähmend auf die Spirochäten im Saftstrom ein, das schnelle Verschwinden der Spirochäten nach der Injektion wäre dann vielleicht auf eine Hemmung der Fortpflanzung zu beziehen, denn Spirochäten, die sich nicht bewegen, sind für die Fortpflanzung ungeeignet. Auſser der Lähmung der Spirochäten hat die Behandlung mit Arsenobenzol im Organismus aktive Immuni-

sierungsvorgänge, Bildung aktiver Immunstoffe zur Folge, denen der Hauptanteil an der Heilung der vorhandenen syphilitischen Symptome zukommt. Diese Immunstoffe sind in der Milch stillender, mit Salvarsan behandelter Mütter enthalten; unter ihrem Einfluſs bessern sich die luetischen Affektionen des Säuglings ganz wesentlich. Ähnliche Heilwirkung besitzt auch das Blutserum mit Arsenobenzol behandelter Patienten, obwohl darin schon zwei Tage nach der Injektion kein Arsenik mehr nachzuweisen ist. Pl. hat solches Serum, dem er auf 100 g 0,1 Acidum carbolicum liquefactum zusetzt, in Dosen bis zu 20 g mehrfach Syphilitikern injiziert und damit zumeist Besserung, niemals allerdings vollständige Heilung erzielt; irgend welche ungünstige Nebenwirkungen sind dabei nie aufgetreten. In einigen Fällen machte Pl. eine Serumeinspritzung als Vorbehandlung und injizierte darnach Salvarsan, das ihm dann besonders gut zu wirken schien. *Götz-München.*

Die Behandlung der Syphilis mit Salvarsan, von Henry L. Elsner-Syracuse, N. Y. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 55. Nr. 24.) Bekanntes.

Schourp-Danzig.

Zur Anwendung des Salvarsans in der Privatpraxis, von Ernst Glass. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 50.) G. wendet sich gegen die Ansicht Fingers, der sich dahin geäuſsert hatte, daſs das Salvarsan sich nicht für die Anwendung in der allgemeinen Praxis eigne. Er führt die Konsequenzen näher auf, die sich ergeben würden, wenn ein bestimmtes Mittel nur den Spitälern und Kliniken vorbehalten bliebe. Gerade die so notwendige Dauerbeobachtung des Patienten sei in der Praxis wesentlich besser durchführbar als in Spitälern mit ihrem fluktuierenden Material. Die Forderung Fingers sei einzuschränken, wenn den praktischen Ärzten genaue Instruktionen angegeben werden über Indikation, Technik und Gefahren des neuen Verfahrens. *W. Lehmann-Stettin.*

Praktische Bemerkungen zur Behandlung der Syphilis mit dem neuen Ehrlich-Hataschen Salvarsan, von Alex. Renault. (*Journ. d. pratic.* 1910. Nr. 50.) Kurzer kritischer Bericht über die Wirkung des Salvarsans, seine Vorzüge und Gefahren. Allgemeinerscheinungen, die infolge der Injektion auftreten können, sind nach R. Fieber, Erbrechen, Diarrhoe oder Verstopfung, masernähnliche oder urtikarielle Erytheme, starke Lungenkongestionen mit blutigem Auswurf, Tachykardie, Albuminurie und Dysurie. Während Ehrlich nur von 12 mit der Injektion in Zusammenhang stehenden Todesfällen spricht, gibt Hallopeau 16, Gautier sogar 18 an. Jacquet sah bei einem Alkoholiker sieben Tage nach der Injektion Blutbrechen und blutige Stühle, am zwölften Tage starb der Mann, bei der Sektion fand sich ein Magengeschwür mit kallösen Rändern; der schlimme Ausgang dieses Falles war nach Jacquets Überzeugung zweifellos durch das Salvarsan verschuldet, das ja stark vasodilatatorisch wirkt und Kongestionen und Blutungen in verschiedenen Organen erzeugt.

Salvarsan wirkt zwar viel energischer und viel schneller als Quecksilber, eine Abortivkur ist jedoch die Behandlung mit dem neuen Mittel nicht. Indiziert ist seine Anwendung in den seltenen Fällen von schwerer Syphilis, in denen Hg versagt, dann bei schwerer, noch nicht mit Hg behandelter Lues, wenn die Erscheinungen rasch beseitigt werden müssen, ferner bei Prostituierten, um die Gefahr der Ansteckung zu beseitigen. Kontraindiziert ist der Gebrauch des Mittels bei Leuten, die über 60 Jahre alt sind, namentlich wenn nicht alle Organe ganz gesund erscheinen, ferner bei schweren, degenerativen Erkrankungen des Nervensystems (alten Lähmungen, progressiver Paralyse, vorgeschrittener Tabes), bei Herzkrankheiten und Arteriosklerose, bei Leber- und Nierenaffektionen und bei schwangeren Frauen. *Götz-München.*

Über Erfahrungen mit Salvarsan an psychiatrisch - neurologischem Material, von H. WILLIGE-Halle. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 46.) Obgleich EHRLICH ausdrücklich betont hat, dafs das Salvarsan von ihm nicht für ein Mittel gegen parasyphilitische Prozesse angesehen werde, lag die Versuchung, es trotzdem an psychiatrischen Folgezuständen der Syphilis zu erproben, sehr nahe, einesteils wegen des Arsengehaltes und anderenteils, weil die ersten Prüfungen beim Menschen in der Irrenanstalt von Alt ausgeführt wurden und günstig zu wirken schienen. In der HALLEschen psychiatrischen Klinik sind nach dem Berichte von W. 35 Kranke mit „606“ behandelt worden, 21 Paralytiker, 5 Fälle von Lues cerebri, 3 Patienten mit Taboparalyse, 3 Tabiker und 3 anderweitige Kranke. Es sind von diesen 5 gestorben, unter ihnen der schon von FRAENKEL und GROUVEN publizierte Fall. Nach der Ansicht von W. ist der Tod als akute Arsenikvergiftung aufzufassen; er hebt aber ausdrücklich die relative Häufigkeit eines plötzlichen Verendens bei Paralyse hervor. So war aus rein äufseren Gründen die beabsichtigte Injektion bei einer paralytischen Frau um einen Tag verschoben worden; in der Nacht erlitt sie einen hemiplegischen Anfall, fieberte und starb zwei Tage später. Andererseits berichtet Verfasser über einen Diabetiker, bei dem der Injektion wohl die Schuld an dem Eintritt von Koma und tödlichem Ausgang zugeschrieben werden mufs. Einige Patienten boten nach der Behandlung eine hocherfreuliche Besserung dar. Man ist also jedenfalls berechtigt, weitere Versuche auch auf psychiatrischem Gebiete vorzunehmen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Weitere Erfahrungen mit Salvarsaninjektionen, insbesondere bei Lues des zentralen Nervensystems, bei Tabes und Paralyse, von G. TREUPEL-Frankfurt a. M. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 46.) Von den zehn vom Verfasser mit Salvarsan behandelten Fällen von progressiver Paralyse zeigten die meisten eine gewisse Milderung der Erscheinungen nach der Injektion, während bei zwei Kranken die Unterbringung in einer geschlossenen Anstalt wegen gesteigerter Erregung nötig wurde. Übrigens beträgt die längste Beobachtungsdauer hierbei erst neun Monate. Bei Tabes (21 Fälle) trat zunächt zwei bis drei Tage nach der Injektion eine Verschlimmerung der lanzinierenden Schmerzen ein; alsdann folgte eine wenigstens mehrere Wochen lang anhaltende allgemeine Besserung. Am besten waren aber die Resultate bei Lues des Zentralnervensystems; von sechs Kranken zeigten vier eine auffallende Besserung. Was die Applikationsweise betrifft, zieht T. für Hospitalspatienten die intravenöse Darreichung vor, sei es als Paraffin- oder als Ölemulsion nach KROMAYERS Angaben. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Blasenstörungen und andere schwere Nebenerscheinungen nach einer Injektion von Salvarsan, von E. EITNER-Wien. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 45.) Ein 33jähriger, gut genährter Mechaniker erhielt eine subcutane Injektion von 0,5. Er hatte zuvor im Laufe von drei Wochen acht Salvarsaninjektionen erhalten, die letzte etwa vier Wochen vor der neuerlichen Behandlung. Es bestanden typische frische syphilitische Läsionen bei sonstigem Wohlbefinden. Am Tage nach der Injektion stellten sich Diarrhöen, Übelkeit, Fieber und Kollaps ein; des weiteren wurden konstatiert härtnäckige Stuhlverhaltung, Anurie, Fehlen von Reflexen an den Kniescheiben, Triceps und Kremaster und mäfsiger Albumengehalt in dem durch Katheter gewonnenen Urin. Beseitigung der bedrohlichsten Erscheinungen erfolgte in etwa acht Tagen; die Reflexe waren aber noch nach drei Wochen herabgesetzt. Verfasser beschuldigt als Ursache der Intoxikationserscheinungen die Verwendung von Salvarsan, das der Luft ausgesetzt gewesen war; die Ampulle war früher geöffnet worden und allerdings alsbald wieder zugeschmolzen worden. Versuche an Kaninchen lieferten eine gewisse Bestätigung dieser Erklärung. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Bemerkungen zur Frage der Erkrankung des Gehörapparates nach Behandlung mit Salvarsan, von Oscar Beck-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 52.) Richtigstellungen von Diskussionsbemerkungen; Polemik gegen Biehl.

W. Lehmann-Stettin.

Das Ehrlichsche Salvarsan bei Augenkrankheiten, von F. Schanz-Dresden. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 45.) Daſs die Injektion von Salvarsan wie das Atoxyl eine Atrophie des Sehnerven bedingen könnte, scheint nach den bisherigen Erfahrungen durchaus unwahrscheinlich zu sein. Die schädlichen Wirkungen des Atoxyls machten sich in einigen Wochen, längstens in sieben Monaten bemerkbar, und dieser Zeitraum ist für eine enorme Zahl von den mit Salvarsan behandelten Patienten schon längst vorüber. Wenn man aber bedenkt, daſs die Opticusatrophie der Tabiker, sobald sie einmal nachweislich sich entwickelt hat, trotz aller Therapie stets unaufhaltsam weiter schreitet, könnte es allerdings in vielen Fällen inopportun erscheinen, bei so geringer Aussicht auf Erfolg zu injizieren. Bei einigen (vier) Fällen von Keratitis parenchymatosa aber und je einem Fall von Iritis, Neuroretinitis und Neuritis optica bei Luetikern konstatierte Verfasser teils keine Schädigung, teils einen direkten Erfolg der Injektion. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Eine einfache und praktische Methode der Injektion von Salvarsan, von A. Pasini. (*Morgagni.* 11. Januar 1911.) In einem gläsernen, sterilisierten Mörser wird das Präparat mit einigen Tropfen Methylalkohol angefeuchtet und zerrieben. Es wird dann eine gewisse Menge alkoholischer Sodalösung zugefügt, welche genügt, um eine alkalische Reaktion hervorzurufen. Dann wird bis zur neutralen Reaktion tropfenweise Acidum aceticum glaciale zugefügt. Darauf wird die Masse mit einer Mischung von Vaselinöl und Adeps lanae anhydr. zu gleichen Teilen vermengt. Es wurde so eine Konzentration von 0,25 g Salvarsan pro Kubikzentimeter Mischung erhalten. Diese Masse wird in kleine Glastuben gepreſst, in denen sie haltbar bleibt. Der Glastube ist ein gläserner Stempel und eine Kanüle, welche auf den Vorderteil der Tube paſst, beigegeben, so daſs dieselbe zu gleicher Zeit als Injektionsspritze verwendet wird. *Gunsett-Straſsburg.*

Über eine einfache und praktische Injektionsmethode des Salvarsans, von A. Pasini-Mailand. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 47.) Die Arbeit deckt sich mit der vorhergehenden. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Lokale Infektionskrankheiten.

a. *Oberhaut.*

Bericht über zwei Fälle von Ekzema exsudans, welche mit dem hochfrequenten Strom und Kerol erfolgreich behandelt wurden, von G. M. Lowe-Ryde. (*Lancet.* 1910. 5. Nov.) Zur Behandlung des nässenden chronischen Ekzems empfiehlt L. einesteils die Applikation des hochfrequenten Stroms in milder Form und anderenteils Waschungen mit einer Emulsion (1:300) eines als Lana Kerol bezeichneten, neuerdings von einigen Autoren empfohlenen Präparates. Es wird dieses als eine oxydierte Di-Phenylverbindung angegeben, welche durch Zusatz einer Seife besonderer Art mit Wasser vermischbar gemacht wird, und bei weitem nicht so toxisch wirke wie Karbolsäure. Bei zwei Kranken, Damen im Alter von 50 bzw. 60 Jahren, welche seit 10 und 20 Jahren an fast universellem Ekzem gelitten hatten, erzielte Verfasser Heilung mit der elektrischen Behandlung im Verein mit täglich zweimaliger Waschung mit Kerol und Verbänden mit Uguentum rusci compos. und Einpuderung mit Borsäure. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Grundzüge der modernen Ekzemtherapie, von Ludwig Mayer. (*Fortschr. d. Med.* 1910. Nr. 33.) Das Lenigallol und Anthrasol wird empfohlen.

Haas-Hamburg.

Behandlung gewisser Ekzemformen mittels Elektrophorese, von S. Reines-Wien. (*Wien. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 30.) Empfehlung der Elektrophorese mit Petrosulfol zur Behandlung der Dysidrosis pedis und des Cheiropompholyx.

Schourp-Danzig.

Behandlung des Ekzems durch subcutane Injektionen von Meerwasser, von E. Jeanselme und C. Lian. (*Bull. méd.* 1910. Nr. 44.) J. und L. haben nach dem Vorgange von Variot und Quinton Ekzeme durch subcutane Injektionen einer isotonischen Meerwasserlösung behandelt. Sie gaben es in Dosen von 20—40 ccm für Säuglinge und 150—200 ccm für Erwachsene; anfänglich jeden zweiten Tag, dann zweimal und schliefslich einmal die Woche. Von 13 so behandelten Fällen wurden drei geheilt, zwei bedeutend gebessert, zwei wenig gebessert, drei erlitten Rezidive und drei wurden ohne Erfolg behandelt. Bei genauerer Betrachtung zeigte es sich, dafs die Mifserfolge fafst ausschliefslich auf Säuglinge und auf chronisch-lichenifizierte Formen kamen, während akute, ausgebreitete Erscheinungen günstig beeinflufst wurden. Ferner ergab sich, dafs die subjektiven Symptome, Jucken und Schlaflosigkeit besonders beeinflufst wurden, während der Rückgang der Hauterscheinungen mit jenen nicht Schritt hielt. Die Verfasser schreiben daher dieser Behandlungsmethode nur eine symptomatische Wirkung zu. Bestätigt wurde ihre Ansicht dadurch, dafs bei zwei Krätzekranken ebenfalls der Juckreiz gebessert wurde. Sie empfehlen die Meerwasserinjektionen nur in langwierigen Fällen, bei denen die subjektiven Erscheinungen besonders ausgeprägt sind. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Psoriasis vulgaris, von P. Judin. (Inaug.-Dissert. Kiew 1909.) Nach einer ausführlichen Besprechung der Literaturangaben berichtet Verfasser über seine histologischen Untersuchungen von 15 Psoriasisfällen, welche ihn lehrten, dafs es sich bei dieser Krankheit unzweifelhaft um einen entzündlichen Prozefs handelt, der sich um die Gefäfse der Cutis lokalisiert und den Charakter einer produktiven, granulierenden Entzündung des Bindegewebes der Cutis hat und begleitet wird von Veränderungen des Epithels. Die genaue klinische Untersuchung von 20 Psoriatikern führte ihn zur Überzeugung, dafs von einer ausgesprochenen Neurasthenie und Hysterie durch die Psoriasis nicht die Rede sein kann, sondern nur von einer allgemeinen Zunahme der Nervosität. Dagegen fand er in zehn Fällen Polyurie und aufserdem Erhöhung der Harnsäureausscheidung, wie der Chloride und des Stickstoffumsatzes, so dafs er der Ansicht ist, dafs diese giftig wirkenden Bestandteile beim Übergang ins Blut auf den Chemismus der Ganglienzellen einwirken können und den bei Psoriatikern fast nie fehlenden neurotischen Zustand hervorrufen. *Arthur Jordan-Moskau.*

Untersuchungen über Psoriasis vulgaris, von B. Lipschütz-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 26.) 1. Über Dermotropismus. Theorie der Pathogenese der Psoriasis vulgaris. Studien zur Psoriasis factitia. 2. Ein mikroskopischer Befund bei Psoriasis vulgaris. Verfasser hat in einer gröfseren Zahl von Psoriasisfällen kleinste Körperchen nachweisen können, die sich in aufserordentlich grofser Anzahl fanden, scharf konturiert, kreisrund waren, oft mit einer zentralen Einschnürung versehen. Sie färben sich nach Löffler, sind kleiner als ein $^1/_4\,\mu$ und haben sich bei Kontrolluntersuchungen bei keiner anderen Affektion finden lassen.

W. Lehmann-Stettin.

Über die Wassermannsche Reaktion bei Lues und bei Psoriasis vulgaris, von Georg Gjorgjević und Paul Savnik-Innsbruck. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 17.) Die Verfasser haben an der Klinik in Innsbruck in etwa 900 Fällen die

WASSERMANNsche Untersuchung nach dem Originalverfahren vorgenommen. Ihre Befunde bei Syphilis decken sich mit den sonst in der Literatur bekannt gewordenen: Elf Fälle von Tabes gaben neunmal positive Reaktion; drei Fälle von progressiver Paralyse, so wie je ein Fall von Dementia paralytica und Meningitis luetica, zwölf Fälle von Epilepsie waren durchweg positiv. Ebenso zwei Fälle von Aortenaneurysma.

Wesentlich interessanter ist die positive Reaktion in zwei Fällen von Pemphigus und in zwei von drei Scarlatinafällen, sowie in 22 von 25 Fällen von Psoriasis vulgaris. Wenn auch diese Reaktionen fast durchweg schwach positiv waren, so heben die Verfasser doch ausdrücklich hervor, daſs sie ähnliche Reaktionen bei anderen Kranken nicht gesehen haben. *W. Lehmann-Stettin.*

Über das angebliche Vorkommen der Syphilisreaktion bei Psoriasis vulgaris, von KARL BRUCK-Breslau. Bemerkungen zu der Arbeit von G. GJORGJEVIČ und P. SAVNIK. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 19.) B. tritt auf das entschiedenste den Befunden von G. und S. entgegen, die nur geeignet seien, den diagnostischen Wert der Syphilisreaktion in Miſskredit zu bringen. Alle positiven Reaktionen bei Psoriasis, in der Literatur sowohl wie bei dem groſsen Material der Breslauer Klinik, haben sich ausnahmslos als latente Lues erwiesen. B. deutet die Möglichkeit an, daſs von G. und S. sogenannte „schwache" Reaktionen in positivem Sinne verwertet worden sind. *W. Lehmann-Stettin.*

Psoriasis vulgaris und WASSERMANNsche Reaktion, von MORITZ BIACH-Wien. (*Wien. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 20.) GJORGJEVIČ und SAVNIK fanden, daſs der positive Ausfall der WASSERMANNschen Reaktion bei Psoriasis vulgaris-Fällen nicht für Lues sprechen muſs. BIACH untersuchte daraufhin 40 Psoriatiker und fand, daſs die WASSERMANNsche Reaktion nur dann in der für Lues charakteristischen Stärke positiv ausfiel, wenn auch gleichzeitig Lues vorhanden war. *Schourp-Danzig.*

Zur Ätiologie der Psoriasis vulgaris, von JOSEF SELLEI-Budapest. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 29.) Bei seinen Untersuchungen über Psoriasis vulgaris hat S. neben belanglosen Saprophyten einen Befund erheben können, dem er fast regelmäſsig begegnete, wenn nach tüchtiger Abkratzung der Schuppen das Rete bloſsgelegt wurde und entweder das Reizserum oder aber von den durch tiefes Abkratzen gewonnenem Brei des Rete und der tieferen Hautschichten eine dünne Schicht auf einen Objektträger ausgebreitet, nach Trockenwerden des Präparats mit Alcohol absol. fixiert und dann mit schwach alkalischen Farblösungen gefärbt wurde (LÖFFLER, GIEMSA usw.). Bei den nach dieser Vorschrift angefertigten Präparaten lieſsen sich scharf konturierte, kreisrunde, manchmal ovoide Körperchen nachweisen, die fast immer zerstreut, hier und da von einem helleren Hof umgeben, sich von anderen ähnlichen Zellelementen deutlich unterscheiden lassen. S. bringt diese Befunde in Beziehung zu den kürzlich von LIPSCHÜTZ beschriebenen Körperchen, glaubt, daſs sie eine gewisse Bedeutung für die Psoriasis haben, hält aber seine Untersuchungen für noch durchaus nicht abgeschlossen. *W. Lehmann-Stettin.*

Vegetarische Diät, Psoriasis und pathologisches Nagelwachstum, von BR. BLOCH-Basel. (*Med. Klinik.* 1910. Nr. 39.) Mitteilung eines Falles von Psoriasis, welcher erweist, daſs laktovegetarische Diät von groſsem Einfluſs auf die Heilung einer bis dahin hartnäckigen Psoriasis sein kann. Abblassung und Abflachung der Effloreszenzen waren nach 14 Tagen merkbar, Heilung erfolgte nach etwa drei Monaten. Besonders interessant tritt der Übergang zur Heilung an den Fingernägeln in die Erscheinung, während JADASSOHN bei einem Arzte mit dem Übergang zur vegetarischen Lebensweise Querfurchen auf den Nägeln auftreten sah. Verfasser erklärt sich die günstige Wirkung einer Diätkur auf die Krankheit so, daſs die Veränderung in Nahrung

und Stoffwechsel blofs das Terrain, also die Haut, so zu modifizieren vermag, dafs nun die Bedingungen für den mutmafslichen unbekannten Erreger so schlechte werden, dafs seine Weiterexistenz unmöglich wird. *Arthur Schucht-Danzig.*

Über das Erlöschen der Mikrosporieepidemie in Schöneberg, von O. Huber-Schöneberg. (*Med. Klinik.* 1910. Nr. 17.) Die Erkrankungsziffer betrug 39 Fälle, hiervon waren 32 Haarmikrosporien und 7 Hautfälle. Eingeschleppt wurde die Krankheit durch einen Knaben aus St. Omer in Frankreich. Die Stadt Schöneberg hat 20000 Mark zur Bekämpfung der Haarkrankheit aufgewandt.

Arthur Schucht-Danzig.

Drei Fälle von Mikrosporie, von Heller. (Berl. med. Gesellsch., Sitzung vom 16. März 1910. *Berl. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 18.) Ein Zusammenhang dieser Fälle mit der Schöneberger Epidemie ist nicht erwiesen, wenn auch sehr wahrscheinlich. Verfasser sowohl als Chajes messen der Infektiosität für Berliner Verhältnisse keine allzu grofse Bedeutung bei. *Arthur Schucht-Danzig.*

Neuere Anschauungen und Erfahrungen über die Trichophytieerkrankungen, von C. Bruhns-Charlottenburg. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 18.) Das Gebiet der Trichophytieerkrankungen wird eingehend behandelt. Die spezielle Form der Trichophytie wird differenziert nach 1. dem klinischen Bild der Erkrankung, 2. dem mikroskopischen Aussehen des Pilzes im Krankheitsherd, 3. dem makroskopischen und 4. dem mikroskopischen Aussehen der Kultur, 5. dem Tierversuch. Verschiedenheiten hierin lassen sich nur mit der Annahme wirklich verschiedener Pilzarten erklären. Es kommen immer wieder einzelne Erkrankungstypen vor, die nicht unter die bekannten Arten rubriziert werden können.

Bezüglich der klinischen Erscheinungsformen sind Makrosporie und Mikrosporie zu trennen. Die häufigen Ring- und Scheibentrichophytien auf unbehaarter Haut und die Barttrichophytien sind vielfach verursacht durch Trichophyton gypseum, einer ursprünglich vom Tier stammenden Endo-Ektothrixform. Tierischen Ursprungs sind Tr. felineum und rosaceum, menschlichen Ursprungs Tr. crateriforme, acuminatum und violaceum. Neu beschrieben ist von Sabouraud das „Epidermophyton inguinale" (1907) als Erreger des Ekzema marginatum. Eine besondere Spezies sind Zwischenformen zwischen Trichophytie und Favus.

Die biologischen Eigenschaften, insbesondere die Studien Blochs über Immunität und Überempfindlichkeit bei Hyphomycelenerkrankungen (*Zeitschr. f. Hygiene und Infektionskrankh.* 1909. Bd. 63) werden zum Schlufs besprochen. Hiernach hängt das Immunisierungsvermögen nicht von der Pilzart an sich ab.

Arthur Schucht-Danzig.

Über das Ekzema marginatum Hebra — Trichophytia inguinalis — und seinen Parasiten (Epidermophyton inguinale Sabouraud, von R. Sabouraud-Paris. (*Arch. de Méd. expériment. et d'Anatom. phathol.* 1907. Nr. 5 u. 6.)

Schourp-Danzig.

Schwarze Haarzunge im Säuglingsalter, von Michael Cohn-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 38.) Die Schwarze Haarzunge wurde im Säuglingsalter nur sehr selten beobachtet. Der Fall ist sonst typisch. Der Verlauf ist intermittierend.

Arthur Schucht-Danzig.

Ein Fall von Haarzunge, von M. Leon-Mt. Olive, Ill. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 55. Nr. 26.) Bei einem 75jährigen Manne bestand bei geringer Hypertrophie der filiformen Papillen im Zentrum der Zunge eine haarähnliche Auflagerung, die sich mikroskopisch als Epithel und Mycelien erwies. *Schourp-Danzig.*

Zur Kasuistik der Intoxikationshyperkeratosen, von Ruete-Strafsburg i. E. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 45.) Verfasser beschreibt folgende zwei Fälle:

1. Bei einem Bureaubeamten, der auf eigene Verantwortung zwei Jahre hindurch täglich 18 Tropfen FOWLERsche Lösung genommen hatte, waren beide Handteller und Fufssohlen einschliefslich eines Teiles der Finger und Zehen an deren Beugeseite Sitze einer diffusen ausgeprägten Verdickung der Hornhaut. Dieselbe war von zahlreichen kleinen Einrissen durchzogen und zeigte an einzelnen Stellen aufserdem noch kleine, warzenartige Erhebungen. Die Affektion verging, als der Arsengebrauch ausgesetzt wurde, trat aber nochmals hervor, als Patient wieder Arsen zu sich nahm. Fall 2 betraf eine 60jährige Landmannswitwe. Neben einer analogen Hypertrophie der Hornhaut an Händen und Füfsen, aber mit stärkerer Rhagadenbildung, war auch eine wohlausgeprägte Onychogryphose vorhanden. Ferner bot Patient ein syphilitisches Spätgeschwür dar. Unter antisyphilitischer Behandlung und späterhin Salicylsalben trat Heilung ein. Verfasser erklärt die Hyperkeratose in diesem Falle als eine Wirkung des syphilitischen Virus, wofür allerdings anderweitige Belege in der Literatur nicht vorzuliegen scheinen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Keratodermia maculosa disseminata symmetrica palmaris et plantaris, von A. BUSCHKE und W. FISCHER. (*Ikonographia dermat.*) Die eigenartige, bis jetzt noch nirgends beschriebene, auf Handteller und Fufssohlen beschränkte Affektion wurde bei einem 40jährigen, den besseren Ständen angehörigen Herrn beobachtet. Dieselbe besteht schon seit etwa 20 Jahren und zwar in beinahe gleicher Ausdehnung, ohne mit subjektiven Empfindungen (Jucken u. dgl.) verbunden zu sein. An beiden Händen (Handtellern und Beugeseiten der Finger) finden sich, in die normale Haut eingestreut, je über 200, der Epidermis angehörige, 1—4 mm grofse Effloreszenzen, von welchen besonders die gröfseren durch ihre deutlichere gelbere Farbe von der Umgebung hervortreten; bei einzelnen bemerkt man im Zentrum eine der länglichen Form entsprechende, flache, dellenförmige Einsenkung. An den Fufssohlen sind befallen die Beugeflächen der grofsen Zehen, die übrigen Zehen nur wenig, ferner die normalerweise dicke Hornschicht tragenden Partien, während die Hohlfüfse fast frei sind. Die Zahl der Effloreszenzen ist im ganzen geringer als an den Händen; die Nägel sind ohne Veränderungen. Die übrige Hautoberfläche des ganzen Körpers und die Schleimhäute zeigen keine Besonderheiten. Die histologische Untersuchung exzidierter (kleiner) Effloreszenzen zeigte, dafs der fragliche Prozefs sich durchaus auf dem epithelialen Anteil der Haut abspiele. Differentialdiagnostisch kämen vielleicht Lichen ruber und Lues in Betracht; für ersteren fehlt aber neben dem Jucken und dem erythematösen Hofe das entzündliche Infiltrat des Papillarkörpers, letzteres gilt auch für Lues. Mehr durch den klinischen Verlauf und das Aussehen ist multiple symmetrische Bildung planer Warzen auszuschliefsen. Verfasser finden nur in der französischen Literatur (von BESNIER, HALLOPEAU, MANTOUX usw.) einzelne diesbezügliche Beschreibungen (Kératodermie palmaire avec parakératose), ohne dafs dieselben aber völlig mit dem hier niedergelegten Krankheitsbild übereinstimmten, halten sich also für berechtigt, demselben die obige Bezeichnung einer ganz speziellen gutartig verlaufenden Hauterkrankung zu geben. Mit Abbildung. *Stern-München.*

Ein Fall von symmetrischer Keratodermie der Extremitäten, von JOHN G. GRAY-Glasgow. (*Glasgow med. Journ.* Mai 1910.) Der Fall betraf ein 3½jähriges, kräftig und gut entwickeltes Kind weiblichen Geschlechtes. Die Hände zeigen das Allgemeinaussehen, wie die eines Grobschmiedes in bezug auf Farbe (gelbbraun) und verhornten Zustand; die Verdickung der Epidermis hört plötzlich mit dem Übergang der Innenfläche an die Aufsen- resp. Seitenfläche der Handflächen resp. Finger auf. Die gewöhnlichen Falten gleichen mehr Fissuren, wie den natürlichen linienförmigen Eindrücken. Die Fufssohlen sind im Aussehen ziemlich abweichend von jenem der Hände: die Hornschicht ist hier viel dicker, speziell an Fersen und Zehen die Haut

macht den Eindruck von aufeinandergeschichteten Platten, ähnlich einer Krokodilhaut, und ist von gelblich brauner Farbe; die Abgrenzung dieser „Plattenschicht“ gegen die normale Haut ist eine ziemlich scharfe, mit Ausnahme der Aufsenseite des linken Fufses, wo der Übergang ein allmählicher ist. Nägel und Haare sind bei dem Kinde normal, am übrigen Körper keine Spur von Verdickung oder Pigmentflecken. Plantarreflexe vorhanden, die Bewegungsfreiheit der Extremitäten in keiner Weise behindert. Die einzig wirksame Behandlungsart scheint jene mit Röntgenstrahlen zu sein. Die Ätiologie der Affektion, die auch unter dem Namen „Keratoma palmare et plantare hereditarium“ und „Tylosis palmae manus“ beschrieben wurde und meist angeboren ist, ist auch für Gray noch völlig dunkel. *Stern-München.*

Photo- und Radiotherapeutische Behandlung der Akne und der akneiformen Affektionen, von H. Bordier-Lyon. (*Presse méd.* 1910. Nr. 3.) Der Artikel enthält nichts Neues. (Behandlung der oberflächlichen Form der Akne mit der Kromayerschen Lampe, der tieferen Formen mit genau dosierten Röntgenstrahlen).

Gunsett-Straßburg.

Quecksilber und Akne, Beitrag zur Ätiologie der Acne vulgaris, von K. Rühl-Turin. (*Centralbl. f. Bakter.* Bd. 55, Heft 3.) Aus der Zusammenstellung Rs., welche all den zahlreichen, bis jetzt angegebenen Theorien über die Ätiologie der Acne vulgaris gerecht wird, ersieht man, wie grofs noch die Divergenz über dieselbe ist. Während ein Teil der Autoren dem mechanisch-chemischen Moment (Talgdrüsensekretstauung und -zersetzung) die Hauptrolle zuschreiben, oder das gröfste Gewicht auf einen chemischen Faktor (Giftstoffe) legen und das mikrobische Element als nebensächlich betrachten oder auf dasselbe nur einen Teil des Akneprozesses, nämlich die Eiterung, zurückführen, streiten andere dem bakteriologischen Moment jeden ätiologischen Wert ab und noch andere sind der Ansicht, dafs eine Infektion mit Bakterien das einzige oder wenigstens wesentliche ätiologische Moment der Krankheit darstellt. Aus drei Beobachtungen nun, welche R. an Kranken mit frischen Lueserscheinungen und seit längerer Zeit bestehender Akne (d. i. vor der luetischen Infektion) machte und wobei letztere durch die Quecksilberbehandlung in auffallend günstiger Weise beeinflufst wurde, glaubt er den Schlufs ziehen zu dürfen, dafs die Akne auf einen bestimmten Erreger zurückzuführen ist, auf welchen das Quecksilber eine spezifische Wirkung ausübt. Die Häufigkeit, mit welcher man bei Aknekranken Verdauungsstörungen antrifft, läfst nach Rs. Ansicht den Magendarmkanal als die wahrscheinlich häufigste Eintrittspforte für diese vermutete Infektion des Organismus mit den Akneerregern erscheinen. Von der Verdauungsschleimhaut aus lokalisiert sich dann dieser wenig virulente Keim an den Stellen der Haut, wo mechanische, chemische usw. Faktoren einen günstigen Boden für seine Entwicklung geschaffen haben. Auf diesem Wege liefse sich auch die von R. beobachtete Wirkung des Quecksilbers auf die Akne erklären und zwar in der Weise, dafs das Quecksilber die bereits in die Blutbahn eingetretenen Akneerreger direkt angreift und tötet, und dafs ferner das mit Quecksilber beladene Blut eine unüberwindliche Barriere zwischen der Eintrittspforte der Akneerreger und ihrem Lokalisations- und Entwicklungsherd darstellt. Welcher Art Keim der Akneerreger ist, läfst R. dahingestellt; auf Grund der Erfahrung, dafs das Quecksilber in der Form der Injektionen keinen Einflufs auf die gewöhnlichen Eiterungsprozesse ausübt, wäre anzunehmen, dafs bei der Akne die gewöhnlichen Eitererreger entweder keine oder nur eine sekundäre Rolle spielen. Vielleicht, schliefst R., könnte die Meinung Lomoys die richtige sein, welcher den Unnaschen Aknebacillus als eine wenig virulente Varietät des Bacterium coli commune betrachtet. R. will seine bezüglichen Untersuchungen fortsetzen.

Stern-München.

Dermatitis exfoliativa, von William Frick - Kansas City. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 55. Nr. 3.) Fall eines neunjährigen Mädchens. *Schourp-Danzig.*

Dermatitis pemphigoides diffusa mit akutem benignen Verlauf durch Vergiftung alimentären Ursprungs, von Stancanelli. (*Giorn. intern. delle scienze med.* 1910. Heft 8.) Die Erkrankung war aufgetreten nach Genuſs von verfaultem Fleisch. *Haas-Hamburg.*

Pemphigus foliaceus, von Alfred Schaleck - Omaha. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 55, Nr. 1.) Fall eines 36jährigen Mannes. *Schourp-Danzig.*

Ein Fall von Pemphigus vulgaris und der Einfluſs eines sich hinzugesellenden Abdominaltyphus auf denselben, von Dudschenko. (*Praktitscheski Wratsch.* 1910. S. 336.) Ein achtjähriger Knabe mit Pemphigus vulgaris erkrankte vier Tage nach seinem Eintritt in das Hospital an einem leichten Abdominaltyphus. Während des Typhus trat eine ausgesprochene Besserung der Pemphigusblasen ein, aber auch nach dem Typhus erwiesen sich die neu auftretenden Pemphigusblasen in abgeschwächter Form. Schlieſslich verschwand der Pemphigus ganz, was Verfasser weniger auf seine Behandlung mit Ichthyolvaselin (10%) und Bestreuen mit 2—3%igem Kohletalk, als auf die hohen Temperaturen beim Typhus zurückführt. *Arthur Jordan-Moskau.*

Ein Fall von hämorrhagischem Pemphigus, von Charles F. Clowe-Schenectady. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 54, Nr. 14.) Das Leiden trat bei einem 29jährigen Manne mit groſser Intensität auf und hielt mehrere Monate an. An den Extremitäten entwickelte sich eine Parese der Extensoren, die aber auf Anwendung von Elektrizität heilte. *Schourp-Danzig.*

Über Pemphigus neonatorum, von Mulert-Waren. (*Ztschr. f. Medizinalbeamte.* 1910. Nr. 14.) M. tritt nach seinen Beobachtungen der Ansicht entgegen, daſs der Pemphigus vorwiegend Kinder der ärmlichen bzw. neuropathischen Familien befalle; die Infektion wird wahrscheinlich durch die Hebamme verbreitet; daher ist ausgiebige Desinfektion der Hebamme, ihrer Kleidung und Instrumente notwendig. *Schourp-Danzig.*

Ein Fall von Pemphigus vegetans Neumann, von B. Dujardin. (*Journ. méd. de Brux.* 1910. Nr. 40.) An dem Fall ist bemerkenswert der Beginn auf der Haut, nicht auf den Schleimhäuten, das Fieber, das sich beständig auf 38,5 bis 39° hielt und erst zehn Tage vor dem Tode fiel, ferner der Blutbefund. In der ersten Periode (die drei ersten Monate) fand sich eine Vermehrung der Mononukleären und Lymphocyten bei leichter Eosinophilie (unter 5%). Dann kam während eines Monats eine starke Eosinophilie bis zu 14% unter Schwinden der Lymphocyten und Mononukleären, zuletzt, d. h. die zehn letzten Tage erschien eine sehr starke Vermehrung der Leukocyten von 15000 auf 22000 und eine Abnahme der Eosinophilie bis zu 2%. *Gunsett-Straſsburg.*

Ein dem Pemphigus vegetans ähnlicher Fall, von K. Sakurane und F. Shiga-Osaka. (Mitteil. d. med. Ges. zu Osaka. 1909.) Die Krankheit begann mit einem stark juckenden Knoten am Hodensack, verbreitete sich in der weiteren Umgebung und befiel sehr bald die Mundschleimhaut, die geschwollen war. Am Zahnfleisch traten flache Geschwürchen auf. Die Effloreszenzen am Scrotum waren kondylomähnlich. Rezidive erfolgten in Form flacher, prallgespannter Pusteln, die herdweise auftraten, konfluierten und sich exzentrisch verbreiteten. Von Allgemeinsymptomen bestanden Gelenkschmerzen, Schweiſse, Wadenkrämpfe. Histologischer Befund, Tuberkulinprobe, verschiedene Behandlungsarten führten nicht zu einer Diagnose. Die Verfasser reihen den Fall ein in die Gruppe Pemphigus vegetans benignus, und zwar Pyodermite végétante Hallopeau. *Arthur Schucht-Danzig.*

Die Vaccinebehandlung der Sykosis, von J. SELLEI-Budapest. (*Gyógyászat.* 1910. Nr. 12.) Bei den durch Staphylokokken verursachten Hautkrankheiten erreicht man mit der Vaccinebehandlung, namentlich mit dem WRIGHTschen Verfahren, so auch mit dem STRUBELLschen Opsonogen in der Mehrheit der Fälle eine entschiedene Besserung. Es gibt aber Fälle, bei denen nur dann eine Besserung eintritt, wenn die Vaccinebehandlung monatelang anhält. SELLEI sah aber auch Fälle, bei denen trotz mehrmonatlicher Behandlung keine vollkommene Heilung eingetreten ist. Die besten Resultate sah Verfasser bei Furunkulosefällen. Sykosisfälle heilten erst nach sechs bis sieben Monaten. Die Autovaccine hat eine bessere Wirkung, als die aus fremden Staphylokokken hergestellte Vaccine. S. schmierte das Sekret der Pusteln auf Ascitesagar und emulgierte aus 24- bis 36stündigem Kulturen dreifsig Normalplatinösen Bakterienmenge in 20 ccm Kochsalzlösung. Die Emulsion rüttelte er auf und legte sie dann auf 24 Stunden in den Thermostaten. Eine grofse Menge von Bakterien zerfiel infolge von Autolyse. Jetzt karbolisierte er die Emulsion bis $^1/_2$ % und liefs sie eine halbe Stunde im Schüttelapparat. Sodann legte er sie wieder in den Thermostaten. So ist es Verfasser gelungen, eine beinahe homogene Emulsion herzustellen, die keine lebenden Bakterien mehr enthielt. Eine sog. Normalplatinöse enthält 2 mg Bakterien; in der hergestellten Emulsion, d. i. in 20 ccm Flüssigkeit, sind 60 mg Staphylokokken. Auch die in einzelnen Fällen angewendeten Dosen des Bakterienautolysats können leicht festgestellt werden. Die Behandlung fing Verfasser mit 0,10—0,15 ccm-Injektionen an und steigerte sie langsam. Wenn nach 60 ccm-Injektion sich der Zustand des Patienten augenscheinlich verschlimmert, tritt die „Negativphasis“ ein und fünf bis sechs Tage später, werden die Injektionen (0,20—0,25 ccm) fortgesetzt. SELLEI kombinierte die aktive Immunisierung mit der äufseren lokalen Behandlung. Nach den ersten drei bis vier Wochen ging Verfasser zur Röntgenbehandlung über. Er brachte auch Schwefelresorcinsalbe (5—10 %), Salicylalkoholkompressen, Ung. diachyl. HEBRAE + Salol (5 : 100), die BROOKEsche Salbe zur Anwendung. Nach systematischer Epilation wurden nach zwei bis drei Monaten 13 Patienten geheilt entlassen.

Porosz-Budapest.

Über die Behandlung der Sykosis simplex, von E. KRETZMER - Dortmund. (*Medico.* 1910. Nr. 43.) K. eröffnet die Pusteln und bestreicht das ganze erkrankte Gebiet mit Jodtinktur, in die man anfangs zu zwei Dritteln Alkohol gibt, nach einigen Tagen zur Hälfte mit Alkohol mischt und schliefslich unverdünnt einmal täglich anwendet. Bei sehr spröder und fettarmer Haut wird vorteilhaft die Jodtinktur durch Jodvasogene ersetzt.

Schourp-Danzig.

b. *Cutis.*

Behandlung der cutanen Staphylokokkenerkrankungen mit Staphylokokkenvaccine. (Resultate von drei Jahren Vaccinotherapie), von A. MAUTÉ. (*Presse méd.* 1910. Nr. 50.) Der Verfasser ist ganz vom Gebrauch der von England aus in den Handel gebrachten „Stock Vaccines“ abgekommen und benutzt nur noch Vaccine, die mit den Mikrobien des zu behandelnden Kranken selbst hergestellt sind. Er verwendet immer zwei verschiedene Vaccinesorten, ein nur mit 0,5 % Karbolsäure ohne Erhitzung hergestelltes Präparat und ein zweites, das durch innerhalb 24 Stunden zweimal einstündiges Erhitzen der mit 7 ‰ Kochsalzlösung emulgierten Kokkenkultur gewonnen wird. Letzteres wird dann mit physiologischer Kochsalzlösung versetzt, so dafs 1 ccm Emulsion $^1/_4$ mg Bakterienkörper enthält. Diese Emulsion wird in Ampullen gesammelt und nochmals während einer Stunde auf 56° erhitzt. Die in der Glutaealgegend vorgenommenen Injektionen sind weder von lokaler noch von allgemeiner Reaktion begleitet. Der Verfasser verwendet von vornherein massive Dosen, sofort

mit der ersten Injektion werden 500 mg Staphylokokken injiziert. Alle fünf bis sechs Tage wird die Injektion ohne Kontrolle des Opsoninindex wiederholt.

Bei der Akne gibt die Vaccinetherapie die unkonstantesten Resultate, am ehesten noch bei den pustulösen und phlegmonösen Formen. Die besten Resultate geben die Fälle von Furunkulose. Die Behandlung dauert 14 Tage bis vier Monate und im schlimmsten Falle kann man noch wenigstens eine deutliche Besserung erzielen, während die meisten Kranken schon nach der dritten Injektion keine neuen Furunkel mehr auftreten sehen. *Gunsett-Strafsburg.*

Über eine neue Erkrankung des Ciliarrandes (Folliculitis ciliaris necroticans infectiosa) und einen besonderen bei dieser Krankheit isolierten Bacillus, von C. Pascheff-Sofia. (XI. internationaler ophthalmologischer Kongrefs in Neapel, 27. April 1909.) Unter ziemlich heftigen fieberhaften Allgemeinerscheinungen zugleich mit Schwellung der Präaurikular- und Submaxillardrüse wird der Ciliarrand gerötet und infiltriert und es bilden sich eine oder mehrere Pusteln auf demselben, die auch auf die Haut und die Conjunctiva übergehen. Sie sind bis linsengrofs und gehen in tiefe Ulcerationen über. Die Cilien fallen am affizierten Augenlid sämtlich aus. Mikroskopisch handelt es sich um einen nekrotischen Prozefs. In einem Falle wurden Streptokokken, im zweiten Staphylococcus pyog. aur. gefunden und im dritten Fall ein noch nicht beschriebener Bacillus, der zwischen Friedländer und Coli steht. *Gunsett-Strafsburg.*

Die Behandlung der Furunkulose, von T. Bowen-Boston. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 55, Nr. 3.) B. empfiehlt, die Furunkel mit einer Salbe zu bestreichen, die Acid. boric. 4,0, Sulfur. praecip. 4,0, Carbol. petrolat. 32,0 enthält. *Schourp-Danzig.*

Die konservative Behandlung der Gesichtsfurunkel, von Wrede-Königsberg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 29.) Verfasser wendet sich sehr bestimmt gegen die von Keppler (*Münch. med. Wochenschr.* 1910, Nr. 7) warm empfohlene Behandlung der Gesichtsfurunkel mittels Bierscher Stauung. Die wesentlichste Gefahr bei dieser Erkrankung bildet die Thrombose, welche bei der naheliegenden Möglichkeit der Übertragung auf die Gehirngefäfse leicht letal werden kann. Gerade durch die Staubehandlung wird aber die exakte Beurteilung der Verhältnisse in dieser Beziehung verschleiert. Im übrigen plädiert W. auch für eine mehr exspektative Behandlung mit einfacher Salbenbehandlung und Bettruhe und Verhütung aller mechanischer Insulte durch Betasten und Auspressen der Geschwüre. Bei 51 Fällen wurden bei Befolgung dieser Prinzipien gute Resultate erzielt. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Subcutane rezidivierende Abscesse, hervorgerufen durch den Aspergillus Pentoyuenti n. sp.; Morphologie und Biologie dieser Art, von Fernand Guéguen-Paris. (*Arch. de Parasitol.* 1910. Bd. XIV, Nr. 2.) Die bisher noch nicht beschriebene Affektion besteht in rezidivierenden Abscessen der Cervikalgegend, welche bei einem sich in Madagaskar aufhaltendem Europäer aufgetreten waren, der aufserdem an Malaria erkrankt war. Die Erkrankung, die jeder anderen Behandlung getrotzt hatte, heilte mit Jodkalium (2 g pro die) innerhalb weniger Monate ab. Aus einem uneröffneten Abscefs wurde durch sterile Punktion etwas Eiter entnommen, aus dem ein bis jetzt noch nicht beschriebener Aspergillus in Reinkultur gezüchtet wurde. Dieser Pilz produziert in den ersten Kulturen Konidien von ganz abweichender Form, die sich aber nach mehreren Generationen dem reinen Aspergillustypus nähern. Die Kali- und Calciumsalze sind der Konidienbildung günstig. Die allgemeinen Charaktere des Pilzes zeigen, dafs es sich um eine schlecht definierte, variable Spezies handelt. *Gunsett-Strafsburg.*

Paratyphus-A-Bazillen als Ursache eines Bauchdeckenabscesses, von A. Aoki-Strafsburg. (*Centralbl. f. Bakteriol.* Bd. 56, Heft 2.) Lokale Erkrankungsprozesse, durch Paratyphus-A-Bazillen verursacht, sind bisher selten veröffentlicht worden (zuerst im Jahre 1896 von Groyn, dann von Blumenthal usw.). In dem vorliegenden Falle handelte es sich um eine 69jährige Frau, bei welcher sich im Eiter eines an der rechten Unterbauchseite befindlichen, etwa kindskopfgrofsen Abscesses reichlich Paratyphus-A-Bazillen fanden, wie eine genaue, im hygienisch-bakteriologischen Laboratorium vorgenommene Untersuchung ergab. Ätiologisch nimmt A. an, dafs schon seit langem Patientin die Krankheitserreger in ihren Gallenwegen beherbergte, also Bazillenträgerin war und es auf nicht festzustellende Weise zu einer Abscefsbildung, vielleicht von perihepatischen Herden aus, gekommen ist, ähnlich wie sie Kamm von Typhusbazillenträgern gesehen und beschrieben hat. Die Heilung erfolgte nach Inzision und Tamponade ohne Komplikation. *Stern-München.*

Vortäuschung von tropischem Abscefs durch ein zerfallendes Lebergumma, von G. S. Thompson-London. (*Lancet.* 12. Nov. 1910.) Ein 25jähriger Arbeiter, der nachweislich niemals an Dysenterie oder Typhus gelitten hatte, kam mit Symptomen eines Leberabscesses zur Aufnahme. Es wurden nacheinander in der Leber drei Abscesse nachgewiesen und durch Punktion nach aufsen abgeleitet. Auch entleerte sich ein ziemlich beträchtliches Quantum Eiter mit dem Sputum. Das fortgesetzte Auftreten neuer Eiterherde in der Leber erregte Verdacht auf Syphilis, trotzdem der Patient angab, aufser einem fünf Jahre zuvor ohne Folgeerscheinungen überstandenen weichen Schanker, keine venerische Krankheit gehabt zu haben. Die Darreichung von Jodkalium bewirkte in acht Tagen ein vollständiges Aufhören der Eiterbildung, und der Patient ist bei sonstiger antisyphilitischer Behandlung jetzt wieder völlig arbeitsfähig. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über die Holzphlegmone, von C. Mantelli. (*Gazz. intern. di med., chir., Igiene.* 2. Okt. 1910.) Reclus beschrieb bekanntlich im Jahre 1893 eine Entzündungsform des Unterhautzellgewebes mit sehr langsamem, schmerzlosem und apyretischen Verlauf, die zu gewöhnlich scharf umschriebener Infiltration von härtester Konsistenz führt. Der Verfasser teilt einen gleichen Fall mit. Die Affektion entwickelte sich bei einem 22jährigen Fabrikarbeiter in der Operationsnarbe einer glatt geheilten Herniotomie drei Monate nach der Operation und machte eine Öffnung der tumorartigen Entzündung nötig. Er fand sich bei der Auslöffelung, dafs sie von einem Seidenfadenabscefs ausgegangen war. Sie ging sehr bald in Heilung über. Ein mit nekrotischem Gewebe geimpften Meerschweinchen ging an Staphylokokkensepticaemie langsam zugrunde. *Gunsett-Strafsburg.*

Über Ekthyma und Lymphangitis und deren Behandlung mit Ichthyollösungen, von René Lutembacher-Paris. (*Allg. med. Central-Ztg.* 1910. Nr. 23.) L. empfiehlt lokale Behandlung mittels feuchter Umschläge mit Ichthyollösungen von 1:20 bis 1:10. *Schourp-Danzig.*

Die Behandlung des Ulcus molle und seiner Komplikationen, von Hahn-Breslau. (*Fortschr. d. Med.* 1910. Nr. 14) Bringt nichts Neues. *Haas-Hamburg.*

Zur Behandlung des Ulcus molle und der Bubonen, von Leo v. Zumbusch-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 18.) Empfehlung des Novojodin, eines neuen Ersatzpräparates für Jodoform, das in komplizierter Verbindung Jod und Formaldehyd enthält; die mit Novojodin behandelten Geschwüre reinigten sich durchweg in relativ kurzer Zeit und auch die weitere Heilung nahm einen durchaus zufriedenstellenden Verlauf. Die Bubonen wurden nach Lang punktiert, mittels Saugglocke nach Bier aspiriert und dann eine einmalige Injektion von Novojodin vorgenommen, das zu 20% in Paraffinum liquidum oder Glycerin suspendiert war.

Der Zeitraum der Heilung war ein sehr verschiedener; trotzdem einige Fälle bis zu 38 Tagen brauchten, nennt Verfasser das Ergebnis ein sehr günstiges.

W. Lehmann-Stettin.

Ein Fall von Hämorrhagie als Folge von weichen Schankern, von J. Rae-Cheltenham. (*Lancet.* 19. März 1910.) Ein 32jähriger Mann wurde wegen anhaltenden 24stündigen Blutens aus Geschwüren am Penis und Scrotum aufgenommen. Die Läsionen stellten sich als tiefgreifende Ulcera mollia von erheblicher Ausdehnung dar. Unter konprimierendem Verbande, Wasserstoffsuperoxyd bzw. Aristolpulver usw. erfolgte Heilung. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ergänzender Bericht über die Heifsluftbehandlung von weichen und phagedänischen Schankern, von E. Wood Ruggles - New York. (*New York med. Journ.* 26. Nov. 1910.) Im Anschlufs an eine frühere Arbeit (referiert in *dieser Zeitschrift*, Bd. 51, S. 488), welche vier solcherweise behandelte Fälle brachte, führt hier R. vier weitere Fälle auf, die mit mehr oder weniger Erfolg nach dieser Methode behandelt worden sind. Nachdem sich der erste „Ofen“ nicht bewährt hat, da der Penis dabei eine zu wenig gleichmäfsige Erhitzung erfuhr, so konstruierte R. eine neue Art desselben. Derselbe ist innen und aufsen mit Asbestpapier überzogen, leicht sterilisierbar und wird mit einer Kerosinlampe erhitzt; ein Rheostat ermöglicht es dem Patienten, die Temperatur auf dem gewünschten Grad zu erhalten, indem er nur die Öffnungen, welche sich in dem zur Aufnahme des Penis dienenden Kasten befinden, zu erweitern oder zu verengern braucht. *Stern-München.*

Behandlung des venerischen Bubo mit Bierscher Stauung, von Cesare Orsenigo-Pavia. (*Corriere sanit.* 1909. Nr 4.) Der Artikel enthält nur Bekanntes.

Gunsett-Strafsburg.

Ein Fall von Verruca peruviana; gelungene Übertragung auf Affen, von Jadassohn und Seiffert. (*Zeitschr. f. Hyg. u. Inf.* Bd. LXVI, Heft 2.) Der Fall wurde in der dermatologischen Klinik in Bern — wohl zum erstenmal in Europa — beobachtet bei einem Bergführer, der in Peru gewesen war. Der Fall lehrt, dafs eine dort erworbene Infektion mit der Verruca nach einer mindestens 60 Tage betragenden Inkubationszeit in beliebiger Entfernung von der Heimat der Krankheit zu voller Entwicklung kommen kann. Dermatologisch bestätigte er die peruanischen Beschreibungen, es handelte sich in diesem Falle um Mischformen und Übergänge der miliaren und der sogenannten mulären und globulären Formen. Dazu kamen dem miliaren Lupus ähnliche rein makulöse Herdchen. Die Krankheit war nicht kontagiös. — Was die Tierversuche anbelangt, so mifslang die Übertragung auf Kaninchen, Meerschweinchen, Tauben, Hühner, Ratten, einen Hund, gelang dagegen beim Affen. Die Inkubationszeit betrug das erstemal etwa 45 Tage, in der zweiten Generation etwa 14 Tage, in der dritten nur eine Woche; ob das auf Virulenzsteigerung beruht oder darauf, dafs die Affenarten verschieden waren, mufs dahin gestellt bleiben. Eine gröfsere Virulenz bei der zweiten und dritten Generation zeigte sich auch in dem sehr viel stärkeren Wachstum der Warzen. *Haas-Hamburg.*

Über einen Fall von Verruca peruviana, von A. Simonin-Bern. (*Rev. méd. de la Suisse romande.* 1910. Nr. 6.) Ein Schweizer Führer, der sich einige Zeit zwecks Besteigung des Huascaran in Peru aufgehalten hatte, erkrankt nach seiner Rückkehr an Tumoren, die in der Haut auftraten und in Linsen- bis Kirschengröfse prominieren. Vorher hatten sich leicht febrile Symptome eingestellt. Die Tumoren waren über den ganzen Körper zerstreut und safsen sogar auf der Conjunctiva bulbi. Inokulationen und Kulturen, die von diesen Tumoren gemacht wurden, gaben immer ein negatives Resultat, aufser bei der Übertragung auf Affen. Es handelte sich um einen Fall von sogenanntem „Fieber von Oroya“, das zum erstenmal beim Bau der Andenbahn studiert

wurde und dessen Kontagiosität der Medizinstudierende Carrion durch Selbstaufopferung nachwies (s. vorstehendes Referat). *Gunsett-Strafsburg.*

Über Einschlüsse der Erythrocyten bei Verruca peruviana, von Martin Mayer-Hamburg. (*Centralbl. f. Bakteriol.* Bd. 56, Heft 3—4.) Das Material, welches M. von den Direktoren des städtischen hygienischen Instituts in Lima erhielt, stammte von einem schweren Falle von Verruca und enthielt u. a. eine Anzahl über Chlorcalcium konservierter Blutausstriche. Bei Färbung mit Mansons Borax-Methylenblau und nach Giemsa fand sich das Blutbild einer schweren Anämie: Formveränderung der Erythrocyten, Erythroblasten, Erythrocyten mit „Kernkugeln", solche mit basophiler Körnung, daneben aber in mehr als der Hälfte aller Blutkörperchen Einschlüsse, die bei Manson-Färbung sich dunkelblaugrau, nach Giemsa dunkelrot, also nach Art der Kernsubstanzen färbten. Diese Einschlüsse zeigen kokken- und stäbchenartige Formen und aufserdem auch solche von gröfseren oder kleineren Ringen, sind, wie M. hervorhebt, also sehr variabler Natur. Wenn auch gegen die Annahme, als handle es sich bei diesen Einschlüssen um Gebilde parasitärer Natur, verschiedene Gründe sprechen, so hält sie M. gegenüber den gewöhnlich beobachteten Degenerationsformen für so charakteristisch, dafs sie wenigstens ein neues gründliches Studium der Verruca peruviana verlangen. *Stern-München.*

Neue klinische Beispiele von Orientbeule, von Umberto Gabbi und Francesco Lacara-Rom. (*Riforma med.* 1910. Nr. 22.) Es gelang den Verfassern in den mit Malaria und Kala-Azar verseuchten Gegenden Süditaliens, besonders in Kalabrien, auch Fälle von Orientbeule aufzufinden. Sie teilen im ganzen vier Krankengeschichten mit. Die klinische Form und die Lokalisation (Hände und Gesicht) stimmten genau mit der echten tropischen Form überein. Im Eiter und Blut wurde in allen Fällen die Wrightsche Leishmania nachgewiesen. *Gunsett-Strafsburg.*

Untersuchungen über die Orientbeule, von Charles Nicolle und L. Manceaux. (*Ann. de l'institut Pasteur.* 1910. Heft 9.) Auf Grund ihrer eingehenden Untersuchungen der Orientbeule, die sich auf Kultur, Tierexperiment und Immunität erstrecken, kommen die Verfasser zu folgenden Schlüssen:

1. Die Gafsabeule ist vollkommen identisch mit den anderen Varietäten der Orientbeule.

2. Der Erreger ist stets derselbe, Leishmania tropica. Er ist leicht ebenso wie jener von Kala-Azar zu kultivieren. In der Kultur erscheint er identisch mit L. infantum.

3. Sowohl menschliches, wie Kulturvirus ist pathogen für den Menschen, den Hund und für niedere Affen. Bei den Tieren gelingt Serienübertragung. Nicht empfänglich sind Ziege, Katze, Schaf, weifse Ratte, Pferd und Esel.

4. Intraperitoneale Infektionen gehen nicht an. Am besten sind Impfungen an der Nase, beim Affen auch an den Lidern. Nach einer Inkubation von 16—166 Tagen entstehen derbe rotviolette Knötchen, die beim Hunde nach mehr oder weniger langem Bestande resorbiert werden, beim Affen aber erst exulcerieren. Stets wurde L. tropica in den Effloreszenzen gefunden.

5. Nach Ablauf der Erscheinungen besteht Immunität, vorher Überempfindlichkeit. Dieselbe Erscheinung besteht bei Kala-Azar. Intraperitoneale Infektion verleiht keine Immunität.

6. Infektion mit Kala-Azar immunisiert den Hund gegen Orientbeule. Letztere verleiht aber dem Affen keine völlige Immunität gegen Kala-Azar.

7. Das Virus der Orientbeule scheint nicht identisch mit dem von Kala-Azar zu sein.

8. Der Infektionsträger für die Orientbeule dürfte der Hund sein.

Richard Frühwald-Leipzig.

Zur Behandlung des Milzbrandes, von KOBLSCH. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 31.) Verfasser regt zu weiteren Versuchen mit dem SOLAROschen Serum an. Die bisher damit gemachten Erfahrungen ergeben eine Mortalität von 6,09 % gegenüber etwa 20—30 % der sonstigen Behandlungsarten. Zu beziehen ist das Serum in abgeteilten Dosen von je 10 ccm von der Firma Merck-Darmstadt. Man gibt intravenös zwei bis fünf Dosen und verfährt im übrigen möglichst konservativ.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Zwei Fälle von Anthrax, von L. A. PARRY-Hove. (*Lancet.* 29. Okt. 1910.) Der eine Fall betraf einen 26jährigen Mann; die Läsion war am Handgelenk lokalisiert und wurde, 18 Stunden nach dem sie zuerst bemerkt worden war, durch eine ausgiebige Umschneidung entfernt, worauf prompte Heilung erfolgte. Beim anderen, 53jährigen Patienten saſs die Pustel am Halse, hatte wohl etwas länger bestanden, und trotz alsbaldiger Exzision ging der Kranke schnell zugrunde.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Über die Bedeutung des Traumas für die Entwicklung aktinomykotischer Prozesse, von H. NOESSKE-Kiel. (*Med. Klinik.* 1910. Nr. 13.) Auſser der Einwirkung eines Traumas auf einen bereits vorhandenen, abgekapselten aktinomykotischen Prozeſs, wie sie THIEM in seinem *Handbuch der Unfallerkrankungen*, 2. Aufl. annimmt, kann auch direkt durch Einwirkung des Trauma auf einen entblöſsten Körperteil das aktinomykotische Virus übertragen werden, wie eine Anzahl aus der Literatur gesammelter Krankengeschichten erweist.

Während bei bestehender Tuberkulose durch Trauma sich an irgendeiner Körperstelle ein tuberkulöser Prozeſs entwickeln kann, tritt bei Aktinomykose nur eine plötzliche Inflammation des bestehenden latenten Primärherdes ein. Ein Transport von Strahlenpilzelementen in die Blutbahn infolge äuſserer Gewalteinwirkung ist nie beobachtet. Die Inkubationsdauer zwischen Trauma und Eruption des Krankheitsprozesses kann erheblich gröſser sein als bei Tuberkulose: wenige Wochen bis einige Jahrzehnte. *Arthur Schucht-Danzig.*

Hautaktinomykose, von E. GARD EDWARDS-La Junta. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 54, Nr. 17.) Fall eines 26jährigen Mannes; die Affektion saſs am rechten Kieferwinkel. Die Strahlenpilze waren leicht nachweislich. Chirurgische Eröffnung und Auskratzung führten zur völligen Heilung. *Schourp-Danzig.*

Die Aktinomykose der Zunge, von A. P. KRYMOW-Moskau. (*Arch. f. klin. Chir.* Bd. 92, Heft 4.) Die Aktinomykose der Zunge kommt als primäre lokal begrenzte Erkrankung, als Metastase und in Form eines von Nachbargeweben auf die Zunge übergegangenen Prozesses vor. K. behandelte zwei Fälle primärer Zungenaktinomykose; im Anschluſs an ihre Beschreibung bringt er auszugsweise 26 in der Literatur veröffentlichte Krankengeschichten. *Schourp-Danzig.*

Über das Sklerom, von GERBER. (*Med. Klinik.* 1910. Nr. 7.) Praktische Fingerzeige für Diagnose, Prognose und Therapie des Skleroms.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Zur Röntgentherapie des Skleroms, von C. BOHAC-Prag. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 43.) An zwei Fällen, welche zwar nicht definitiv geheilt wurden, aber doch eine im Vergleich zu anderen Behandlungsmethoden erstaunliche Besserung aufwiesen, demonstriert B. den Wert der Röntgenbehandlung beim Sklerom der Nase und ihrer Umgebung, sowie des Kehlkopfes. Der erste Fall betraf eine 30jährige Patientin, hatte etwa fünf Jahre schon bestanden, und es war dabei die Nase nebst Oberlippe und Wange (wie die Abbildung zeigt) zum Sitze eines etwa handtellergroſsen, zerklüfteten, ekelerregenden Tumors geworden. Die Infiltration erstreckte sich auch ins Innere der Nase und auf die Rachengebilde. Die Röntgen-

bestrahlung wurde mit einem mittelharten Rohre in Serien von drei bis vier Sitzungen vorgenommen, worauf man eine Pause von drei bis vier Wochen eintreten liefs. Nach sieben Monaten war der Tumor so gut wie verschwunden, und bei einer späteren Wiederaufnahme nach weiteren sechs Monaten war das Gesicht äufserlich in vorzüglicher Verfassung. Der andere Fall betraf einen 26jährigen Patienten mit Sklerombildung, namentlich im Kehlkopf mit hochgradigen Atembeschwerden infolge des mechanischen Hindernisses. Auch hierbei war der Erfolg subjektiv und auch objektiv ein ganz frappanter. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Rhinosklerom und Fall von Sarkom am Ohr, von v. Sengbusch-Riga. (VI. Kongrefs. Deutsch. Röntgengesellschaft.) Sehr gute, wenn auch nicht dauernde Erfolge durch Behandlung mit Röntgenstrahlen. Abbildung vor und nach der Behandlung. *W. Lehmann-Stettin.*

Das Granuloma ulcerosum Wright. Gafsa-Knoten, von M. Benoit. (*Gaz. d. hôp.* 1910. Nr. 94.) Eine eingehende pathologisch-anatomische, klinische und ätiologische Studie über die Orientbeule. Auch dieser Autor erkennt das von Wright beschriebene Protozoon als den Erreger der Krankheit an. Der Parasit ist gewöhnlich intracellulär in einem mononukleären, weifsen Blutkörperchen zu finden. Es sind 4—6 μ grofse Bläschen mit einem Kern und einem Centrosoma. Ersterer färbt sich nach Giemsa violett, letzterer rötlich. Durch Ruptur der Zellen kann der Parasit auch extracellulär zu liegen kommen. Die Kultur gelang am besten auf einem Nährboden, der 14 g Gelose, 6 g Meersalz und 900 g Wasser enthielt.

Gunsett-Strafsburg.

Verschiedenes.

Demonstration selbsthergestellter Moulagen von Hautkrankheiten, von A. Paldrak. (*Petersb. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 13.) Angabe eines Verfahrens zur Selbstanfertigung von Moulagen. Fetter, pulverisierter Gips wird in lauwarmem Wasser angerührt und dann auf die betreffende, gut eingefettete Stelle gleichmäfsig aufgetragen. Nach fünf bis zehn Minuten wird das Negativ abgenommen und in warmes Wasser gebracht. Sind ganze Körperteile zu moulieren, werden Seidenfäden untergelegt, um die Form vor dem Erstarren durch sägende Bewegungen in mehrere Teile zu zerlegen. Dann werden fünf Teile Wachs und ein Teil Terpentin auf dem Wasserbade flüssig gemacht, die entsprechende Farbe zugesetzt und schliefslich die Masse auf die gut abgetrocknete Form gegossen. Nach dem Erstarren kommt die Moulage wieder in warmes Wasser und wird dann mit Ölfarben bemalt.

Richard Frühwald-Leipzig.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 52. № 7. 1. April 1911.

Histologischer Befund zweier Fälle von Naevus linearis verrucosus generalisatus s. Naevus systematisatus.

Von

Dr. Menahem Hodara,

Oberarzt der dermatologischen Abteilung des Kaiserlich türkischen Marinehospitals.

Mit drei Abbildungen im Text.

Nach einer Demonstration in der Kaiserlichen medizin. Gesellschaft zu Konstantinopel.

Meine Herren! Gestatten Sie mir, Ihnen zwei Fälle von Naevus systematisatus vorzustellen. Der eine betrifft ein 20jähriges Mädchen Hrissouli, die an einem Naevus linearis verrucosus generalisatus leidet. Meistens sind diese Naevi auf eine Extremität oder einen anderen umgrenzten Körperteil beschränkt. Man nennt sie, wenn sie zugleich nur eine Körperhälfte befallen, Naevus unilateralis, Naevus nervosus, Naevus zoniformis usw. Die generalisierte symmetrische Form kommt viel seltener vor; deshalb habe ich mir erlaubt, Ihnen diesen Fall vorzustellen. Die einzelnen verrukösen Elemente dieser Dermatose ragen im Beginn des Leidens kaum über die Hautoberfläche hervor. Sie erscheinen als kleine gelbliche Flecke oder als ganz kleine flache Papeln. Daneben gewahrt man auch schon höhere, lichenoide, hyperkeratotische Papeln und mit harten Hornmassen bedeckte graugelbe und bräunliche Wärzchen sowie endlich auch verruköse Elemente, die aus dichtstehenden verhornten, grauen, dunkelbraunen und selbst schwarzen Zäpfchen (saillie) bestehen. Alle diese verschiedenen verrukösen Elemente sind meist unterschiedslos durcheinander gemischt und bilden bald Striche von verschiedener Zeichnung, bald breite, warzige, fortlaufende oder unterbrochene Streifen, bald auch verruköse Flächen, in denen die warzigen Elemente teils zerstreut, teils zu dichten Haufen vereint stehen, teils auch zu linearen Strichen angeordnet sind.

Im vorliegenden Fall sehen wir auf der Aufsenfläche der oberen Extremitäten verruköse Striche, die auf dem Rücken des Daumens, des Zeige- und des Mittelfingers als krumme Linien verlaufen, sich über den Handrücken fortziehen und am Handgelenk enden (Fig. 1). Während dann die

Aufsenfläche der Vorderarme frei bleibt, sitzt am Ellenbogen wieder ein grofser Haufen verruköser, hervorspringender Elemente, die zusammenfliefsen und dunkelbraun gefärbt sind. Die Aufsenfläche des Oberarm sist wiederum frei. An der Innenfläche der Handgelenke haben wir einen kleinen Herd einzelnstehender Elemente; einen gröfseren in der Ellenbogenbeuge; hier ragen

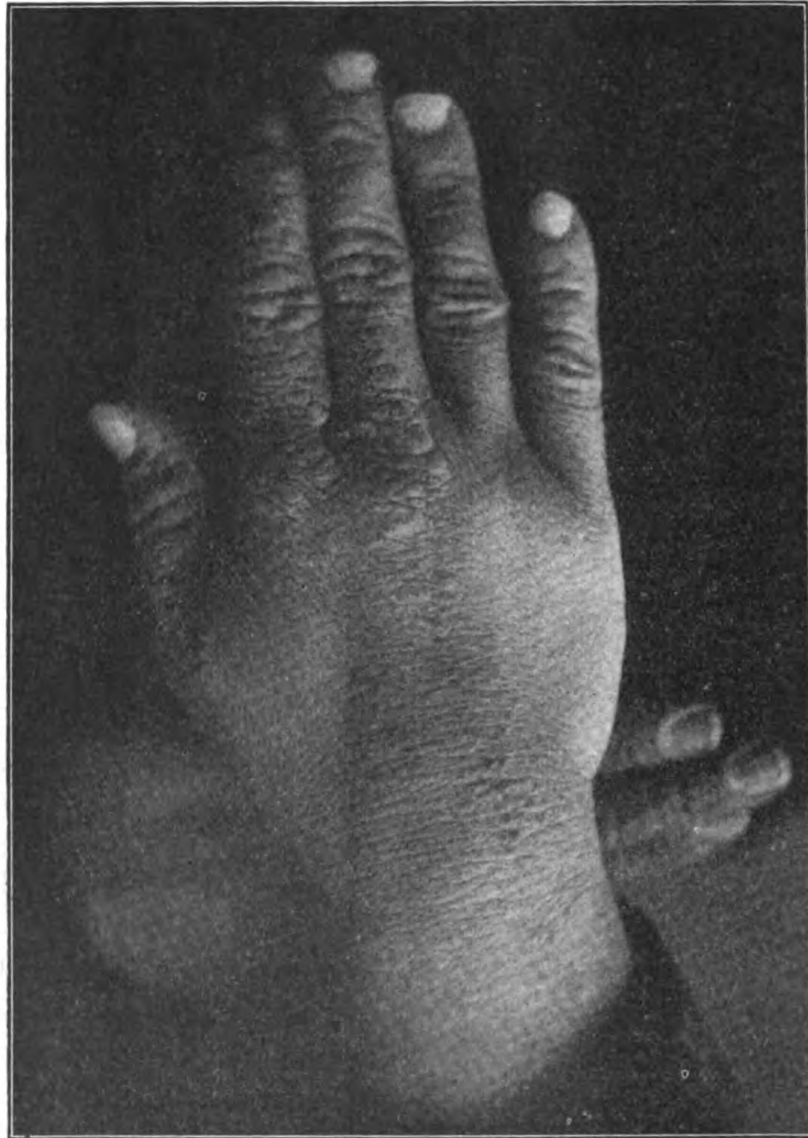


Fig. 1.

die Elemente stärker hervor, sind verhornt, dunkelbraun gefärbt, fliefsen zum Teil zusammen und bilden Linien. Im ganzen verhalten sich die Elemente nach Form, Lage und Anordnung auf beiden Armen gleichmäfsig, nur sind sie rechts zahlreicher vorhanden als links. Beide Achselhöhlen sind von verrukösen Linien umgeben, und auf der oberen Hälfte der Brustwand gewahrt man rechts und links symmetrische Haufen verru-

köser Elemente. Kopfhaut, Gesicht und Rücken sind frei. Am Nacken sitzt ein massiger Herd bräunlichschwarzer Elemente, und auch auf beiden Seiten des Halses befinden sich Herde, in denen die Elemente teils einzeln stehen, teils zu Linien angeordnet sind; der Herd rechts ist gröſser als der links (Fig. 2). Der Leib ist gleichmäſsig von groſsen, dunkelbraunen Herden bedeckt, desgleichen die Seiten und der untere Teil des Rückens; daselbst sieht man auch breite verruköse Streifen, die in gewundenen Linien verlaufen. Auch auf beide Hälften des Gesäſses sind verruköse Herde und Streifen gleichmäſsig verteilt, ebenso auf die Hinterflächen der Oberschenkel. Die Hinterflächen der Unterschenkel und die Fuſssohlen sind frei, zeigen also dasselbe Verhalten wie Arme und Hände. Denn auch auf den Vorderflächen der Unterschenkel und auf den Fuſsrücken sitzen wieder zu Streifen angeordnete verruköse Elemente. Auch hier nehmen sie ihren Anfang von den Enden der drei ersten Zehen und ziehen in gewundenen Linien bis zum Unterteil des Unterschenkels, wo sie aufhören. Die Vorderfläche des linken Unterschenkels bleibt ganz frei, am rechten sitzen seitlich ein Herd und ein verruköser Streifen. Auf beiden Knien finden sich gleichmäſsig wie auf beiden Ellenbogen groſse Herde. Die Vorderflächen der Oberschenkel sind wiederum wie die der Arme frei; in den Leistenbeugen dagegen verlaufen, genau wie bei den Achselhöhlen, verruköse Linien. Es besteht also eine fast vollkommen symmetrische Anordnung des Ausschlags, nur sind die verrukösen Elemente links spärlicher vorhanden als rechts. In den meisten Fällen von Naevus linearis systematisatus sind die Elemente mehr zu Linien als zu Haufen angeordnet; im vorliegenden Fall ist das Verhalten ein umgekehrtes. Nach Aussage der Eltern hat das Leiden schon im ersten Lebensjahre der Patientin begonnen. Zum Zweck der



Fig. 2.

mikroskopischen Untersuchung wurde ein Stückchen aus der kranken Haut ausgeschnitten.

Mein zweiter Fall betrifft den 20jährigen Osman. Bei ihm ist die Erkrankung nicht so allgemein und nicht so gleichmäſsig auf beide Seiten verteilt wie in dem ersten Fall. Doch ist hier die ganze rechte Körperhälfte genau bis zur Mitte ergriffen, während links nur der Arm, der Hals, das Gesicht und eine kleine Stelle des Rückens befallen sind. Auch bei diesem Fall sind die verrukösen Elemente von verschiedener Gröſse, bald stecknadelkopfgroſs, bald gröſser, von gelber bis dunkelbrauner und schwärzlicher Färbung, teils flach, teils papulös, lichenoid und papillomatös geformt. Diese verschiedenen Elemente stehen teils einzeln, teils zu kleinen Herden angesammelt, meistens aber bilden sie unregelmäſsig gewundene Linien, im Gegensatz zu dem ersten Fall, wo die verrukösen Herde überwogen, die Linien aber in der Minderheit blieben.



Fig. 3.

Auf der Innenseite das rechten Unterarms verlaufen mit Unterbrechungen drei feine Linien, und an der Innenfläche des Oberarms sitzen kleine Herde und einzelne verruköse Strichelungen, die sich bis zur Achselhöhle hinziehen. Die ganze Auſsenfläche des Arms ist frei, bis auf die Rückenfläche der ersten Phalange des Zeigefingers, woselbst ein kleiner Herd sitzt. In der Tiefe der rechten Achselhöhle verläuft ein breiter verruköser Streifen, der aus hohen verrukösen und papillomatösen dunkelbraunen bis schwärzlichen Papeln zusammengesetzt ist (Fig. 3). Einen weiteren Herd gewahrt man auf der Brust, dicht bei der rechten Achselhöhle; hier sind die Elemente flach und stehen nicht sehr dicht nebeneinander. Rechts am Hals ziehen bis zur Medianlinie einige verruköse Streifen; auch auf der rechten Gesichtshälfte und an der Hinterfläche der rechten Ohrmuschel finden sich solche verruköse Linien und vereinzelte Elemente. Auf der rechten Thoraxseite sitzen fünf gürtelartig verlaufende verruköse Bänder und Linien, die streckenweise parallel ziehen, dann wieder in unregelmäſsigen Krümmungen sich schlängeln (Fig. 3). Genau an der Medianlinie hören sie auf. Einzelne dieser Linien sind ganz schmal, zum Teil unterbrochen, und bestehen aus kleinen warzigen Elementen. Anderenteils sind es breite Bänder, die von verrukösen, papillomatösen, braunen bis schwärzlichen Papeln gebildet werden. In der Medianlinie oberhalb und unterhalb des Nabels

liegen zwei verruköse Längszüge. An der Aufsenseite der rechten Gesäfshälfte und des rechten Oberschenkels verläuft in schräger Richtung bis zum Knie ein breiter verruköser Streifen (Fig. 3); auf dem rechten Knie sitzt ein Herd solcher Elemente. Ein weiterer verruköser Längsstreifen sitzt der Innenfläche des rechten Gesäfses dicht bei der Rima interglutaealis; an ebensolche verruköse Linien ziehen von der Leistenbeuge längs der Innenfläche des rechten Oberschenkels, woselbst man aufserdem auch vereinzelte Wärzchen antrifft; weitere Linien und kleine Herde sitzen innen am rechten Knie und am rechten Unterschenkel; der rechte Fufs ist frei.

Links sitzen nur auf dem Rücken der drei ersten Finger und auf dem Handrücken kleine verruköse Strichelungen sowie ein breiter Streifen aufsen am Vorderarm; ferner einzelne feine Linien aufsen am Oberarm und hinten am Nacken, und schliefslich hinten und vorn am Thorax. Die ganze übrige linke Körperhälfte ist frei. Es sei nochmals betont, dafs dieser Fall nicht, wie der erste, symmetrisch und verallgemeinert ist. Drei Stückchen wurden zwecks mikroskopischer Untersuchung der Haut entnommen.

* * *

Im Jahre 1905 habe ich einen Fall von Naevus linearis unilateralis beschrieben; die Patientin litt seit dem zwölften Lebensjahre daran, es war nur der rechte Oberarm befallen. In diesem Fall wurden die Warzen mit einer 20%igen Kalium causticum-Lösung betupft und die dadurch entstandenen Geschwüre mit Diachylonsalbe behandelt; es erfolgte völlige Heilung. In jener Veröffentlichung hatte ich die Ansichten der verschiedenen Autoren über die Ätiologie des Naevus linearis und des Naevus systematisatus, über die Kräfte, durch die die Richtung der verrukösen Linien bestimmt wird, und über die so sehr abweichenden histologischen Befunde besprochen und hatte den mikroskopischen Befund meines Falles mitgeteilt. Ich begnüge mich daher jetzt mit dem Hinweis, dafs es in bezug auf die Ätiologie des Naevus linearis zwei Theorien gibt. Die erste ist die nervöse Theorie: Danach handelt es sich beim Naevus linearis um eine intrauterine Erkrankung eines oder mehrerer Spinalganglien, mit trophischen Störungen innerhalb der Haut, wie beim Zoster (Baerensprung, Hutchinson), oder mit trophischen Störungen des Nervensystems (Simon, Eulenburg, v. Recklinghausen, Campena usw.), oder endlich mit Störungen des Intellekts (Gerhardt). Die zweite Theorie beschuldigt Entwicklungsstörungen während des embryonalen Lebens, die sich erst nach der Geburt bis zur Pubertät bemerkbar machen, die aber vom Nervensystem unabhängig sind (Kaposi, Neisser, Jadassohn, Blaschko). Pecirka und Brissaud sprechen von einem metamerischen Verhalten des Naevus linearis; ihnen schliefsen sich Hallopeau und Weill an. Nach Blaschko ist der

Naevus linearis eine Folge intrauteriner Entwicklungsstörungen, und die verrukösen Linien des Naevus systematisatus entsprechen nach ihm dem Verlauf der Epithelleisten und der Papillen, wie ich das im einzelnen in meiner schon erwähnten Arbeit besprochen habe. Nach PHILIPPSON und anderen entsprechen die verrukösen Streifen des Naevus systematisatus den VOIGTschen Demarkationslinien, die die nervösen Hautgebiete voneinander abgrenzen; HEAD bezieht sie auf die metamerischen Linien, JADASSOHN auf die Linien des Haarwuchses. Nach anderen Autoren entsprechen die verrukösen Linien teils dem Verlauf der Nerven, teils den VOIGTschen Linien, teils dem Haarwuchs und beschränken sich nicht auf eins der Systeme (STRASSER). KOPP und MANERT machen Gefäſserkrankungen für die verrukösen Linien verantwortlich, deren Richtung sie durch jene bedingt sein lassen; HELLER wiederum beschuldigt die Lymphgefäſse. MEISSNER vereinigt die nervöse und die Gefäſstheorie und meint, der Naevus linearis hinge von einer Erkrankung der peripheren Gefäſse ab, und diese sei durch eine angeborene oder erworbene Störung im Zentrum der vasomotorischen Nerven bedingt. — Meine drei Fälle lassen sich für keine der vorgetragenen Ansichten verwerten.

Auch der histologische Befnnd dieser Dermatose ist ein sehr wechselnder. PETERSEN und ELLIOT beschreiben jeder einen Fall von Naevus linearis, bei dem die Tumoren aus Schweiſsdrüsen bestanden. UNNA hat zwei Fälle untersucht und in beiden die nämlichen Veränderungen wie beim Naevus durus gefunden (Akanthosis und Hyperkeratose), ohne entzündliche Erscheinungen in der Cutis; im zweiten Fall stieſs er auf entzündliche Veränderungen, ähnlich denen des Ekzema seborrhoicum (Proliferation der Bindegewebszellen und des papillären Gewebes, Akantbosis, Status spongiosus, intercelluläre Bläschen, Parakeratose); doch war hier der klinische Befund ganz verschieden von dem des Ekzems. UNNA stellt zwei Hypothesen auf: entweder haben wir es bei diesen klinischen Krankheitsbildern mit verschiedenen Grundleiden mit der gleichen Topographie zu tun, und der richtige Naevus linearis hätte mit diesen Formen nichts gemein; oder aber es handelt sich bei allen Formen um dieselbe primäre entzündliche Erkrankung, die dann später in einen Naevus siccus keratoides ausmünden kann; diese Form müſste dann von den anderen Naevi getrennt und besonders benannt werden. Andere Forscher haben in der Epidermis ichthyosiforme Veränderungen (Akanthose und Hyperkeratose) und in der Cutis Teleangiektasien und Zellinfiltrate entzündlichen Charakters gefunden (BLASCHKO, BREDA u. a.). JADASSOHN hat bei demselben Fall von Naevus linearis drei Biopsien vorgenommen, und hat in dem einen Präparat den typischen Befund eines Naevus mollis erhoben (Streifen und alveoläre Zellen mit groſsen hellen und blassen Kernen); im zweiten Präparat bestand der Tumor in der Cutis ausschlieſslich aus zahlreichen — bis zu 21 —

Läppchen der Talgdrüsen; JADASSOHN nennt diese Form Naevi organici, entsprechend dem Naevus vascularis, Naevus pilaris, Naevus sudoriporis; beim dritten Präparat dagegen bestanden in der Epidermis ichthyosiforme Veränderungen und in der Cutis Entzündungserscheinungen, Infiltrate von Rund- und Spindelzellen; diese Form nennt JADASSOHN Gewebsnaevi. J. folgert aus seinem Befund, dafs diese Neubildungen, die klinisch übereinstimmen, oder nur wenig voneinander abweichen, histologisch den verschiedensten Bau aufweisen können. MEISSNER fand in einem Fall von Naevus linearis entzündliche Erscheinungen in der Cutis, Erweiterung der Gefäfse und der Lymphspalten, Proliferation der Bindegewebszellen des papillaren Gewebes, Hypertrophie der Papillen, Hyperplasie der Stachelschicht und Hyperkeratose, d. h. sekundäre Bildung von Warzen, wie das ja auch beim multiplen Lymphangiom der Haut und beim Angiokeratom beobachtet wird. Die Anhäufung von Pigment ist nach MEISSNER beim Naevus ebensowohl eine Folge der Hyperämie wie bei der Elephantiasis, dem Fibrom, den Pigmentnarben und den Warzen. SACHS hat einen Fall untersucht und fand in der Epidermis Akanthose und Hyperkeratose und im Papillarkörper grofse Infiltrate von mono- und polynukleären Leukocyten; er bezeichnet seinen Fall als Naevus durus.

In dem von mir untersuchten Fall wurden drei Präparate angefertigt. Das eine stammte aus dem Beginn der Erkrankung und betraf die hyperpigmentierten Linien oder Flecke. Hier beobachtete ich eine leichte Entzündung (kleine, perivaskuläre Zellinfiltrate, geringe Proliferation der Bindegewebszellen im subpapillaren Gewebe sowie Anhäufung von Pigment in der basalen Stachelschicht. Das zweite Präparat bestand aus einer kleinen, weichen, abgeplatteten Warze. Hier fand ich die Entzündungserscheinungen viel ausgesprochener (Erweiterung der Blut- und Lymphgefäfse, perivaskuläre Zellinfiltration, viel stärkere Proliferation der Bindegewebszellen im Papillarkörper nebst Verlängerung der Papillen. In der Epidermis mäfsiges intra- und intercelluläres Ödem, Hyperplasie der Stachelschicht und der Leisten mit zahlreichen Mitosen, Hyperkeratose an den eingesunkenen Stellen der Oberfläche und Pigmentanhäufung in der basalen Stachelschicht. — Das dritte Präparat bestand aus hohen Warzen. Hier bestanden in Cutis und Epidermis dieselben Veränderungen wie beim zweiten Präparat, aber noch in einem viel höheren Grade. Mein Fall wies also im Anfang entzündliche Veränderungen der Cutis- und Epidermisgefäfse auf und zeigte die Entwicklung eines Naevus siccus keratoides. Ich fand in meinem Fall weder die Zellen des Naevus mollis noch Anhäufung von Talgdrüsen oder Schweifsdrüsen, wie andere Autoren berichten. Meine Präparate beweisen vielmehr, dafs mein Fall von Naevus linearis eine im Anfang rein entzündliche Dermatose war. Angesichts der so sehr voneinander abweichenden Angaben, die die einzelnen Forscher in

betreff der Histologie des Naevus systematisatus machen, war es interessant, in meinen beiden neuen Fällen wieder Präparate anzufertigen, um zu sehen, ob sich meine früheren Befunde bestätigten oder nicht.

Mikroskopische Untersuchung meiner beiden neuen Fälle von Naevus linearis generalisatus.

Von meinen beiden neuen Fällen wurden vier Biopsien hergestellt, und zwar eine von dem jungen Mädchen Hrissouli und drei von dem Patienten Osman. Die ausgeschnittenen Stücke enthielten gelbliche Flecke, ganz kleine Wärzchen, die eben im Entstehen begriffen waren, weiche, kaum hervorragende und harte, stark hervorragende und mit harten, hornigen Massen bedeckte Warzen. Der histologische Befund war in beiden Fällen fast übereinstimmend mit dem des früher veröffentlichten Falles. In dem Gewebe der flachen Wärzchen ist die Hornschicht verdickt und hyperkeratotisch; an einzelnen eingesunkenen Stellen der Warzen dagegen ist sie zu kleinen Hornpfröpfchen angehäuft. Die Körnerschicht ist gleichfalls um drei bis vier Reihen grofser Körnerzellen vermehrt, ebenso die Stachelschicht, deren Zellreihen um das Zwei- bis Dreifache gegen die Norm vermehrt ist; die einzelnen Zellen enthalten vergröfserten Kern und reichlicheres Protoplasma. Nirgends besteht ausgesprochenes Ödem, nur unbedeutende Erweiterung der Zwischenzellräume, dagegen deutliches inter- und besonders intracelluläres Ödem stellenweise in den weichen und harten Warzen, ein Ödem der Kernhöhlen; die Kerne selber teilweise oder ganz von einem ödematösen Hohlraum umgeben (Leloirs „altération cavitaire“). Vermehrung und Anhäufung von Pigment an den basalen Zellreihen. Bei den papillomatösen Warzen ist diese Hyperplasie der Hornschicht, der Körner- und der Stachelschicht noch um vieles beträchtlicher. Bei den harten, stark hervorragenden Warzen besteht die Hornschicht aus einer ungeheuren, normal keratonisierten Hornmasse, die zwei- bis dreimal so dick ist wie die Körner- und Stachelschicht zusammen, trotzdem auch die Körnerschicht fünf bis sechs Zellreihen mehr enthält als im Normalen. Dabei sind die einzelnen Körnerzellen sehr grofs und enthalten grofse Stücke Keratohyalin; diese Körnerzellen zerfallen an der basalen Hornschicht zu losen Keratohyalinklumpen. Nur stellenweise bleiben die abgeflachten Kerne erhalten; aber in der ganzen Dicke der Hornschicht sieht man fast nirgends Kerne, nur hin und wieder Trümmer von Kernen. Die Stachelschicht ist aufserordentlich hyperplasiert und hypertrophiert, die Zellreihen sind beträchtlich vermehrt, Protoplasma und Zellkerne sind vermehrt und schön gefärbt, auch hier fehlt stellenweise das Ödem. Bei anderen harten, verhornten Warzen dagegen besteht ein beträchtliches inter- und besonders intracelluläres Ödem mit ödematösen Hohlräumen ringsherum um die Kerne. In der Stachelschicht sind die Epithelleisten

zum Teil sehr verbreitert, zum Teil wieder sehr lang und schmal, und an der Spitze einzelner fadenförmiger Papillen ist die Stachelschicht sehr verdünnt und auf drei bis vier Zellreihen beschränkt. Das Pigment ist vermehrt und in grofsen Mengen an den basalen Zellreihen angehäuft.

In der Cutis besteht deutliche Gefäfsentzündung; alle Gefäfse und Kapillaren sind hier erweitert, es besteht Hypertrophie der endothelialen und Proliferation der perithelialen Zellen aller Gefäfse und Kapillaren. Dabei stehen die Perithelzellen in mehrfachen parallelen Reihen, ihre Kerne sind abgeplattet, hypertrophiert und mit fadenförmigen Ausläufern aus spongiösem Protoplasma versehen. Andere Kerne wieder sind ganz klein und spindelförmig, oder mehr oder weniger abgerundet, oder unregelmäfsig gestaltet, auch könnte man sie manchmal wegen ihrer feinen protoplasmatischen Verlängerungen für Bindegewebszellen halten oder, soweit sie leidlich rund sind und einen feinen Saum von Protoplasma besitzen, für Mononukleäre bzw. für Lymphkörperchen. Einzelne Gefäfswände enthalten nur wenige parallele Reihen von Perithelzellen, andere wieder grofse Haufen von Zellen mit rundem Kern. Daneben besteht Hypertrophie und Proliferation der Bindegewebszellen des Cutisgewebes, besonders im papillaren und subpapillaren Gewebe; hier gewahrt man grofse Mengen proliferierter Bindegewebszellen, viele, ganz kleine, spindelförmige Kerne mit feinen Protoplasma-Ausläufern und andere Bindegewebskerne von verschiedener Form und Gröfse, spindelförmige, abgerundete und unregelmäfsig geformte, die zum Teil sehr grofs sind und ein hypertrophisches spongiöses Protoplasma mit doppelten oder noch mehr Ausläufern besitzen und dadurch den Unnaschen Spinnenzellen ähnlich werden. Kurz, die Proliferation des Bindegewebes des Papillarkörpers und der Papillen ist recht bedeutend. Die Kapillaren der Papillen sind erweitert, die Zellen der Kapillarwände hypertrophisch und proliferiert, die Lymphwege im papillaren und subpapillaren Gewebe sind stellenweise sehr beträchtlich, ja geradezu varikös erweitert; die Papillen sind ödematös, hypertrophiert und verlängert, oder auch sehr breit, und einige fadenförmig verlängerte Papillen verleihen den Wärzchen ihr papillomatöses Aussehen. Rings um die Gefäfswände gewahrt man gelbe Pigmentkörner, teils vereinzelt, teils in Haufen; die Kerne mancher Bindegewebszellen liegen inmitten einer grofsen Zahl von Pigmentzellen; auch an den basalen Zellreihen ist das Pigment angehäuft. Alle diese entzündlichen Veränderungen in der Cutis, die Erweiterung der Blut- und Lymphgefäfse, die Proliferation der perithelialen sowie der papillären und subpapillären Bindegewebszellen sind an jenen Stellen, wo es sich um hervorragende papillomatöse Warzen handelt, viel ausgesprochener als im Gebiete der flachen Warzen.

Im Präparat sieht man auch noch vereinzelte Schweifsdrüsenknäuel und Haarfollikel mit normal gebildeten Talgdrüsen, Anhäufung von Talg-

oder Schweifsdrüsen besteht aber nicht. In einigen der Warzen hat sich eine leichte Staphylokokkeninfektion entwickelt mit polynukleären Leukocyten und eitrigen Borken. Aber diese Infektion ist immer nur sekundärer Natur und hat mit dem eigentlichen Krankheitsbild nichts zu schaffen.

Zusammenfassung.

Wie in meinem ersten Fall[1], so fanden sich auch in diesen beiden entzündliche Veränderungen der Cutis: Erweiterung aller Gefäfse und Kapillaren, Hypertrophie und Proliferation der Zellen sämtlicher Gefäfs- und Kapillarwände, Leukocyteninfiltrate rings um die Gefäfswände, Hypertrophie und Proliferation der Bindegewebszellen, besonders im papillaren und subpapillaren Gewebe, stellenweise starke, fast variköse Erweiterung der Lymphwege des papillaren Gewebes, Ödem, Hypertrophie und Verlängerung der Papillen; diese werden zum Teil so lang, dafs die Wärzchen ein papillomatöses Aussehen bekommen. Alle diese entzündlichen Veränderungen sind in den flachen kleinen Wärzchen viel geringer als in den hervorragenden papillomatösen. In der Epidermis bestehen Hypertrophie und Hyperplasie der Stachelschicht, besonders in der Höhe der dicken, hervorspringenden Warzen; aufserdem stellenweise inter- und namentlich intracelluläres Ödem, ebenfalls in der Stachelschicht, mit LELOIRscher „dilatation cavitaire"; daneben Hyperplasie der Körnerschicht und der Hornschicht: diese ist an einzelnen Stellen in grofser Menge angehäuft und trägt zur Bildung der harten, verhornten, warzigen und papillomatösen Knötchen bei. In allen meinen drei Fällen hat die mikroskopische Untersuchung ergeben, dafs die ersten Veränderungen des Naevus linearis sich an den Gefäfsen der Cutis abwickeln, wozu sonstige Entzündungserscheinungen kommen, dafs aber die Veränderungen in der Epidermis, die Hyperplasie der Stachelschicht und der Hornschicht erst später hinzutreten, dafs also die Entzündungserscheinungen in der Cutis das Primäre, die Warzenbildung das Sekundäre ist.

(Übersetzt von Dr. J. TÜRKHEIM-Hamburg.)

---

[1] *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1907: Histologische Untersuchung eines Falles von Naevus linearis.

Aus Dr. DREUWs Poliklinik für Haut- und Harnleiden, Berlin.

Untersuchungen über externe Hefeverwendung bei Hautkrankheiten.

Von

Dr. med. DREUW-Berlin.

Seit den Untersuchungen von LASSAR, BROCQ, ROSS, MORAIN, NOBÉCOURT, HALLION und CARRION, PRESTA und TARRUELLA, BRIEGER, KOSSEL und WASSERMANN, RAPP, BUCHNER, LINDNER u. a. über die chemischen, biologischen, physikalischen, bakteriologischen und therapeutischen Eigenschaften der Hefe ist die **interne** Verwendung von Hefepräparaten zu einem Allgemeingut in der ärztlichen Praxis geworden.

Für die **interne** Anwendung der Hefe kommt zunächst die interessante Eigenschaft derselben in Betracht, nach der Resorption vom Magendarmkanal aus eine Leukocytose des Blutes hervorzurufen, sodann ihre antiseptischen Eigenschaften, die namentlich auf den Gehalt an Nukleinen zu beziehen sind. Diese entfalten nachgewiesenermafsen bakterizide und nukleoplastische Wirkungen, so dafs durch Zufuhr von Nuklein eine Leukocytose des Blutes entsteht, die ihrerseits gegen Infektion und Intoxikation einen wirksamen Schutz bildet, sei es, dafs die Leukocyten fermentative oder phagocytische Eigenschaften entfalten. Hefewirkung ist daher zu einem grofsen Teil Nukleinwirkung. Bei subcutaner Injektion von Nukleinsäure tritt eine Hyperleukocytose des Blutes ein, die bis zum Achtfachen der Norm betragen kann.[1]

Für die **externe** Anwendung der Hefe bei Hautkrankheiten, die von mir vor sechs Jahren in die Therapie eingeführt wurde,[2] waren hauptsächlich die chemischen, namentlich die reduzierenden und die bakteriologischen Eigenschaften der Hefe mafsgebend.

Im folgenden erlaube ich mir, meine sechsjährigen Erfahrungen auf dem Gebiete der externen und zum Teil auch der internen Hefetherapie zu veröffentlichen.

Anläfslich der Kultur eines Hyphomyceten bei einer Onychomykosis[3] beobachtete ich in Petrischalenkulturen, dafs Staphylokokken überall dort

---

[1] Prof. Dr. MIYAKE, *Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie.* Bd. 13, Heft 14/15.

[2] Dr. DREUW, Über Hefeseifen. Aus Dr. UNNAS Dermatologicum. *Dtsch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 27.

[3] Dr. DREUW, Ein neuer Nagelparasit. Aus Prof. Dr. UNNAS Dermatologicum, Hamburg. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1903. Bd. 36, S. 341.

in ihrem Wachstum behindert wurden, wo diese in unmittelbarer Nähe der Schimmelpilzkolonien sich befanden. Versuche, Schimmelpilze in größerer Menge abzutöten und dann zu verreiben und das so entstandene Pulver gegen Staphylokokkenerkrankungen der Haut anzuwenden, scheiterten praktisch daran, daß so große Mengen für die therapeutische Verwendung kaum zu beschaffen waren. Mit dem geringen, mir zu therapeutischen Versuchen zur Verfügung stehenden Quantum ergab sich jedoch bei Akne und Furunkulose in wenigen Fällen Gelegenheit, die gute Wirkung dieses aus Hyphomycetenleibern hergestellten Pulvers zu beobachten. In der weiteren Verfolgung dieser therapeutischen Erfahrungen versuchte ich dann als Ersatz für Hyphomycetenkulturen die Verwendung von reiner Bierhefe, Saccharomyces cerevisiae, da auch diese imstande ist, nicht nur Staphylokokken und Streptokokken, sondern auch Typhusbazillen, Diphtheriebazillen, Gonokokken, Pneumokokken usw. in ihrem Wachstum zu hemmen und die Toxine der Mikroorganismen zu neutralisieren.[4] Über die therapeutischen Versuche, die ich in dieser Richtung seit sechs Jahren angestellt, erlaube ich mir in folgendem zu berichten:

Bei der **externen** Verwendung der Hefe waren es, wie schon hervorgehoben, hauptsächlich die reduzierenden, antiseptischen und antitoxischen Eigenschaften, die mich, abgesehen von den sonstigen chemischen Wirkungen zur therapeutischen Prüfung veranlaßten. Die Untersuchungen ergaben aber erst ein greifbares Resultat, nachdem die Protoplasma- und Kernbestandteile der Hefe in Form eines mikroskopisch feinen Puders angewandt werden konnten, das der Haut ohne weiteres anhaftete und sich mit Salben, Pasten, Seifen und anderen Vehikeln gut verwenden ließ.

Dieses Puder wird unter dem Namen Fermentin hergestellt.

Bekanntlich spielen nach Unna[5] die reduzierenden Mittel als Keratoplastika, d. h. als hornhautbildende Mittel eine große Rolle. Der Prozeß der Verhornung geht mit einer Bindung an Gewebswasser einher, jedoch bedingt die einfache Wasserentziehung keine echte Verhornung, aber ein Überfluß von Wasser ist stets ein Hindernis für die Verhornung. Austrocknung dagegen befördert dieselbe. Außer der Fernhaltung oder Entziehung von Gewebswasser ist aber vor allem erforderlich, daß die Möglichkeit eines Reduktionsprozesses gegeben ist. Alle reduzierenden, Sauerstoff entziehenden Substanzen befördern die Verhornung, wenn sie in einer bestimmten mäßigen Konzentration mit der unverhornten Oberhaut in Berührung kommen. Die reduzierenden Mittel in schwacher Dosis wirken

---

[4] Vergl. die Arbeiten von Nobécourt. *Semaine médicale.* 1901. S. 9.

[5] Unna-Bloch, Die Praxis der Hautkrankheiten. S. 282. Urban & Schwarzenberg, Berlin 1908.

keratoplastisch. Es hat sich dann aber bald gezeigt, dafs dieselben reduzierenden Heilmittel eine grofse Rolle bei der Behandlung der entzündlichen Hautkatarrhe spielen, der Ekzeme, Psoriatiden und ähnlichen Dermatosen, ja dafs sie bei den meisten entzündlichen Dermatosen mit Erfolg angewandt werden können.

UNNA unterscheidet demgemäfs sechs Gruppen von reduzierenden Mitteln:

a) Phenole: Pyrogallol, Resorcin, Karboläure, β-Naphtol, Teer.
b) Anthracenderivate: Chrysarobin, Anthrarobin.
c) Schwefelhaltige Kohlenwasserstoffe: Ichthyol, Thigenol, Thiol, Tumenol.
d) Verharzende Öle und Balsame: Perubalsam, Styraxbalsam, Guajakharz, Leinöl, Mohnöl usw.
e) Kohlenhydrate: Zucker, Honig.
f) Schwefel.

Diesen reduzierenden Substanzen kann man nach meinen Untersuchungen als angenehm wirkendes organisches, leicht reduzierendes Mittel noch das Fermentin anreihen.

Das Fermentinum ist eine mikroskopisch feine, vollständig trockene, gelblichweifse, leicht nach Hefe riechende, puderförmige Substanz, die der Haut leicht anhaftet und sich zu Salben und Pasten leicht verreiben läfst, und mit Amylum, Talkum, Milchzucker, Zinkoxyd usw. sich in jedem Verhältnis mischen läfst. Es hat reduzierende Eigenschaften und leicht antiseptische Wirkung.

Die Fermentintrockensubstanz enthält etwa 7% Protein-N, 2% Nuklein-N.[6]

Auch den BUCHNERschen Hefesaft habe ich in einer Reihe von Hauterkrankungen zu therapeutischen Zwecken versucht.

Jede Hefezelle setzt sich bekanntlich zusammen aus einer Zellmembrau, die hauptsächlich aus Cellulose besteht, dann aus dem Protoplasma und dem Kern.

Wenn man eine grofse Menge von Hefezellen unter starken hydraulischen Druck bringt, so wird, selbst wenn der Druck noch so gesteigert wird, es nicht gelingen, die Zellmembranen zu zerreifsen und den Protoplasma- und Kernsaft herauszupressen. BUCHNER[7] ging daher so vor, dafs

[6] Diese Angaben verdanke ich zum gröfsten Teil Herrn Prof. LINDNER, dem Direktor der bakteriologischen Abteilung der Versuchs- und Lehrbrauerei Berlin. Hierdurch statte ich ihm meinen verbindlichen Dank ab für die liebenswürdige Unterstützung, die mir bei vorliegender Arbeit durch seine hervorragenden Kenntnisse auf dem Gebiete der Hefeforschung zuteil wurde.

[7] Herrn Prof. E. BUCHNER erlaube ich mir für seine liebenswürdige Unterstützung und Bereitwilligkeit, mit der er mir seine Hefepräparate zur Verfügung stellte, meinen besten Dank auszusprechen.

er zunächst gereinigte und vom Wasser befreite Hefe mit Quarzsand und Kieselgur gründlich verrieb. Durch diese Prozedur wird die Zellmembran verletzt und wenn man nunmehr einen starken Druck mittels einer hydraulischen Presse auf die so präparierten Hefezellen anwendet, so kann man aus dem Protoplasma und dem Kern der Hefezellen den Zellsaft auspressen und in einem unter der Presse aufgestellten Glase auffangen. Es gelingt so, aus einem Kilogramm Hefe 450—500 Gramm Hefesaft zu erhalten.

Der Hefesaft stellt eine ziemlich dickliche, im durchfallenden Lichte klare Flüssigkeit von gelber bis bräunlichgelber Farbe und starkem Geruch und Geschmack nach Hefe dar. Im auffallenden Licht erscheint der Saft grün und undurchsichtig, d. h. er zeigt also die Eigenschaft des Opaleszierens, wie sie z. B. auch konzentrierten Eiweifslösungen häufig zukommt. Er reagiert schwach sauer. Durch Zusatz von Kalilauge tritt eine starke Fällung ein. In 100 ccm Hefesaft ist nach Hahn 10,91 Trockenrückstand mit 1,167 Stickstoff, 0,228 Phosphor und 0,065 Schwefel vorhanden. Im Hefesaft befinden sich folgende Fermente: Reduktase, Invertase, Oxydase, Endotryptase und Zymase, von denen die Endotryptase proteolytische Wirkungen und die Zymase die eigentliche Gärwirkung entfalten. Der Hefesaft ist sehr leicht zersetzlich, kann jedoch bis zu einem gewissen Grade vor der Zersetzung geschützt werden durch geeignete antiseptische Mittel, unter welchen sich namentlich Thymol und Toluol, das zuerst von E. Lindner zu diesem Zwecke angewandt wurde, als wirkungsvoll erwiesen haben.

Der Hefesaft hat ziemlich energische reduzierende Eigenschaften, wie sie namentlich von Martin Hahn genau studiert worden sind. „Mischt man 10 ccm Hefesaft mit 1/20% $Na_2S_2O_3$, so tritt fast momentan eine starke SH_2-Entwicklung ein, die sich durch die allmähliche Schwärzung eines in den Hals des Gefäfses geklemmten Bleipapieres zu erkennen gibt. Von der Gärtätigkeit des Hefesaftes ist die reduzierende Wirkung in keiner Weise abhängig. Man kann alten, nicht mehr gärfähigen, flüssigen oder trockenen Hefesaft fast mit gleich starkem Erfolg anwenden, und ebenso verliert der Hefesaft durch Erhitzen auf 55 Grad, wodurch die Zymase bekanntlich zerstört wird, seine reduzierenden Wirkungen nicht."

Leider liefs sich trotz vielfacher Versuche, die ich mit dem stark reduzierend wirkenden Hefesaft angestellt habe, derselbe zur externen Behandlung nicht verwerten, da er an der Luft sich trotz der zugesetzten Antiseptika braun verfärbt und einen direkt unangenehmen Geruch nach einiger Zeit annimmt.

Fermentinum wird mit Amylum, Zincum oxydatum, Talkum, Saccharum lactis usw. in jedem Verhältnis gemischt angewandt, und zwar wegen seiner chemischen, leicht antiseptischen und reduzierenden Wirkung

namentlich bei Ekzem, Akne, Folliculitis, Seborrhoea oleosa, ferner zu kosmetischen Zwecken und auch um die nach dem Rasieren entstehenden kleinen Follikulitiden durch seine leicht antiseptischen und reduzierenden Eigenschaften zu verhindern oder zu behandeln. Natürlich läſst sich die antiseptische Wirkung noch steigern durch Zusatz von Salol, Salicyl, Xeroform und ähnlichen Antisepticis. Namentlich folgende Zusammensetzung hat sich hier bewährt:

℞ *Salol* 2,0
Amyl. oryz.
Fermentin. sicc.
Pulv. irid. flor. āā 50,0
M. f. pulv. D. S. Äuſserlich.

Eine zweckmäſsige Therapie gegen die Follikulitiden, namentlich die nach dem Rasieren entstehenden, welche auf einer Infektion des Haarbalges beruhen, ist folgende:

1. Einreiben von 2%igem Salicylspiritus mit einem Wattebäuschchen (1/2 Min.). Abtrocknen lassen und dann Applikation von Fermentinum siccum.

℞ *Fermentin. sicc.* 45,0
Zinc. oxyd.
Pulv. irid. flor.
Amyli āā 15,0
M. f. pulv. D. S.

Der ganz leichte Hefegeruch wird zweckmäſsig durch Ol. bergam., Ol. rosar., Ol. geranii, Pulv. irid. flor. oder andere Geruchscorrigentia verdeckt.

Auch in Verbindung mit dem UNNAschen Pulvis cuticolor (hautfarbenes Puder) habe ich Fermentin als gutes Pudermittel erprobt:

℞ *Bol. rubr.* 0,5
Bol. alb. 2,5
Magn. carb. 4,0
Zinc. oxyd. 5,0
Fermentin 10,0
M. f. subt. pulv. D. S. Pulvis cuticolor cum Fermentino.

Als Salbe wurde Fermentinum in 20—50%iger Mischung auch in Verbindung mit den wichtigsten dermatologischen Heilmitteln, Salicyl, Sulfur, Resorcin, Ichthyol usw. verwendet. Fermentin vermischt sich, wie schon hervorgehoben, gut mit dem Salbenvehikel.

Bei nässenden Ekzemen bewährte sich Fermentin in Form der LASSARschen Paste:

℞ *Fermentin. sicc.*
Zinc. oxyd. āā 25,0
Vaselin
Lanolin āā 25,0
M. D. S. Fermentinpaste.

Ferner in Verbindung mit der UNNA[...]n Pastenvorschrift, die stärker austrocknende Wirkung hat:

℞	*Fermentin. sicc.*	10,0
	Zinc. oxyd.	4,0
	Terr. silic.	2,0
	Adip. benzoat.	28.0

M. f. past. D. S. Fermentinzinkpaste

und auch in Form der UNNAschen Zinkschwefelpaste:

℞	*Fermentin. sicc.*	6,0
	Zinc. oxyd.	4,0
	Sulfur. praecip.	4,0
	Terr. silic.	2,0
	Adip. benzoat.	28,0

M. f. pasta. D. S. Fermentinschwefelpaste.

Schliefslich wurde Fermentin noch in Form des LASSARschen Zinköls angewandt bei nässendem Ekzem:

℞	*Zinc. oxyd.*	40,0
	Fermentin.	20,0
	Ol. oliv.	40,0

M. D. S. Fermentinöl.

Sehr gute Resultate erzielt man bei nässenden und trockenen Ekzemen, bei Akne, Follikulitis und Furunkulose, wenn man äufserlich und innerlich Fermentin anwendet, äufserlich in Puder-, Salben-, Pasten- und Seifenform, innerlich vier- bis fünfmal täglich ein bis zwei Tabletten mit Wasser, Wein, Limonade, am besten nach den Mahlzeiten.

Die Tabletten kommen zur Verwenduug:

1. Als reine Fermentintabletten, die infolge ihres Nuklein- und Phosphorgehaltes bei Hauterkrankungen angewandt werden und ihre Wirkung hauptsächlich der entstehenden Leukocytose des Blutes verdanken.

2. Als Fermentin-Eisentabletten bei primären und sekundären Anämien.

3. Als Fermentin-Eisen-Arsentabletten bei Anämien, Erschöpfungszuständen und chlorotischen Haut- und Nervenerkrankungen.

4. Als Fermentin-Phenophtaleintabletten, wenn man neben den spezifischen Wirkungen des Fermentins bei Hautkrankheiten noch eine purgierende Wirkung erzielen will.

Bei den Fermentin-Eisen- und Fermentin-Eisen-Arsentabletten zeigte sich schon nach kurzer Zeit eine bedeutende Zunahme der roten und weifsen Blutkörperchen infolge des Nuklein-, Phosphor- und Eisengehaltes, eine Steigerung des Gewichtes, des Appetits und namentlich des Gesamtbefindens. Die purgierenden Fermentintabletten vereinigen mit der spezifischen und leicht abführenden Fermentinwirkung die Regulierung einer etwa bestehenden Obstipation, die bei vielen Hauterkrankungen durch die

von ihr verursachte Autointoxikation, wie dies namentlich französische Forscher (GAUCHER, BROCQ) nachgewiesen haben, ätiologisch von Bedeutung ist.

Die **äußere** Anwendung von Fermentin in Verbindung mit Seifen habe ich vor nunmehr sechs Jahren zuerst empfohlen. In der grofsen Anzahl der medizinischen Seifen spielen hauptsächlich die überfetteten Seifen wegen ihrer geringen Reizwirkung eine Rolle. Auch ein Zusatz von Eiweifs ist von verschiedenen Autoren zur Herabsetzung der Reizwirkung empfohlen worden. Eine solche reizmildernde Wirkung hat nun in hervorragender Weise das Fett des Fermentins (etwa 3%) und das Nuklein des Fermentins, während die übrigen Komponenten desselben, die in inniger Mischung mit der Seife verbunden werden, die leichte antiseptische und reduzierende Wirkung bei bakteriellen Hauterkrankungen bedingen.

Die Fermentinseife zeichnet sich infolge dieser Eigenschaften des Fermentins, das ebenso wie das zugesetzte und natürliche Überfett die einzelnen Seifenteilchen umhüllt und so die Haut vor irretierender Wirkung schützt, durch eine solche Milde und Reizlosigkeit aus, dafs selbst bei den Fällen reizbarster Haut, bei denen jahrelang keine Seife angewandt werden durfte, sogar die später noch zu erwähnende Salicyl-Schwefel-Fermentinseife ihre günstigen Wirkungen entfalten konnte (siehe S. 362). Der Gehalt des Fermentins an Fett (etwa 3%) ist nicht imstande, allein eine Überfettung der Seife herbeizuführen, infolgedessen wird der neutralen Seife noch künstlich ein Überfett zugesetzt.

Fermentinseife ist also eine neutrale, überfettete, pilierte, bakterizid (Nuklein) und reduzierend wirkende salzhaltige Eiweifsseife.

Wenngleich die Seifen, auch die neutralen und überfetteten, kein so indifferentes Vehikel für Arzneistoffe irgendwelcher Art, wie Adeps oder Vaseline oder Lanolin sind, wegen der entfettenden, keratolytischen und erweichenden Wirkungen der Seifen auf die Oberhaut, so ist die Anwendung manchmal gerade wegen dieser indifferenten Eigenschaften bei einer Reihe von Hautkrankheiten indiziert, namentlich solchen, die mit einer stärkeren Verhornung und ohne akute stürmische Entzündungserscheinungen einhergehen. Dagegen ist die Seifenanwendung in jeder Form eo ipso kontraindiziert bei allen nässenden und mit Blasenbildung einhergehenden Prozessen der Haut, z. B. beim nässenden Ekzem, Pemphigus, Dermatitis herpetiformis DUHRING usw.

Die Fermentinanwendung in Verbindung mit Seife ist bei einer ganzen Reihe von Hauterkrankungen deswegen von Bedeutung, weil sie

1. bequem, angenehm und sauber ist,
2. im Gebrauch sparsam, und

3. **eine energische Wirkung bei chronischen Prozessen der Haut entfaltet**, durch eine Kombination von Erweichung und Keratolyse mit der Wirkung der inkorporierten Medikamente, welch letztere besser in die Tiefe dringen und leichter resorbiert werden können.

Aus diesen Gründen habe ich besonders die Salicyl-Schwefel-Fermentinseife obigen allgemeinen Prinzipien der Seifenanwendung entsprechend mit Erfolg angewandt bei folgenden Hautkrankheiten:

1. Acne vulgaris des Gesichts und Rückens und rosacea des Gesichts;
2. Follikulitis und Furunkulose;
3. bei nicht nässenden, schuppenden und mit leichter Hornhautverdickung einhergehenden Ekzemen des Gesichts;
4. bei Pityriasis capitis et faciei und bei Alopecia ekzematosa capitis;
5. bei Lichen pilaris, Lichen ruber und leichten Formen von Ichthyosis, Psoriasis, Pityriasis rosea und versicolor;
6. bei Hyperidrosis manum et pedum und bei Lichen urticatus.

Die Anwendung der Fermentinseife fand im allgemeinen so statt, daſs das in lauwarmem Wasser gründlich angefeuchtete Fermentinseifenstück morgens und abends energisch in die Haut eingerieben wurde, so daſs das Fermentin voll zur Wirkung kommt. Morgens wurde mit lauwarmem Wasser unter Schaumbildung das Gesicht gewaschen, abends dagegen lieſs ich, falls die Haut nicht allzu empfindlich war, die eingeriebene Fermentinseifensubstanz (nicht den Schaum, sondern die feuchte Seifenmasse) bis zum anderen Morgen eintrocknen.

Über die sich über einen Zeitraum von sechs Jahren erstreckenden Versuche und die erzielten Resultate werde ich in folgendem näher berichten:

Bei Pityriasis capitis (Kopfschuppen mit Jucken verbunden, nach Unna bereits Anfangsstadium der Alopecia ekzematosa) und bei ausgesprochener Alopecia ekzematosa sowie bei Ekzema pityriasiforme des Gesichts sah ich bei obiger Behandlung, eventuell kombiniert mit Salbenbehandlung (siehe S. 357), Nachlassen der Schuppen und des Juckens und bei konsequenter Durchführung Nachlassen des Haarausfalls und schlieſslich Heilung in den meisten Fällen.

Die Behandlung des Haarausfalls gehört zweifellos zu den schwierigsten, aber auch den dankbarsten Kapiteln in der Therapie der Hautkrankheiten. Der Haarausfall ist in den meisten Fällen nach den bahnbrechenden Untersuchungen Unnas eine Teilerscheinung des Kopfekzems, das auf der derben behaarten Kopfhaut natürlich andere Symptome zeigt als auf den übrigen

Stellen des Körpers. Dadurch, daſs in den meisten Fällen das Anfangsstadium dieses Ekzems mit seinen späteren entstellenden Folgen vielfach verkannt wird, ist die Therapie in dem späteren Stadium sehr erschwert. Es ist zweifellos von gröſster Bedeutung, wenn die Ärzte gerade auf den Beginn der Erkrankung ihr Augenmerk richten und dann sofort mit der Therapie einsetzen. Auch hier gilt das Sprichwort: „Krankheiten verhüten ist leichter, als Krankheiten heilen“.

Die Behandlung, die ich gegen die Alopecia ekzematosa mit Erfolg anwende, ist folgende:

1. Zunächst täglich einmalige Waschung morgens oder abends mit Salicyl-Schwefel-Fermentinseife, drei bis zehn Minuten lang, nach zwei bis sechs Wochen ein- bis zweimal wöchentlich, schlieſslich einmal wöchentlich, aber monatelang fortgesetzt. Bald nach dem Einschäumen von drei bis zehn Minuten Dauer gründliches Abtrocknen des Haares und sofort nach dem Trocknen drei bis vier Minuten lang Einreiben von untenstehender Salbe einmal am Tage entweder morgens oder abends in die Kopfhaut (bei Damen in parallel gezogenen Scheiteln) mittels eines Pinsels:

℞ *Acid. salic.*	2,0
Fermentin.	10,0
Sulfur. depurat.	6,0—10,0
Resorcin. puriss.	3,0
Vasel.	ad 100,0
M. f. ung. D. S.	Kopfsalbe.

2. Sofort hinterher gründliches, aber trotzdem zartes und leichtes streichendes Massieren des Haarbodens mit einem Tuch. Schlieſslich gründliches Abwischen der überschüssigen Salbe aus den Haaren mittels eines speziell hierfür jeden Morgen gebrauchten Handtuches, so daſs der Fettglanz der Haare kaum unangenehm auffällt, indem das oberflächlich in den Haaren sitzende Fett in das Handtuch geht, während es auf dem Haarboden seine Wirkung weiter entfalten kann.

Natürlich muſs die Therapie wöchentlich einmal monatelang fortgesetzt werden, auch wenn keine Symptome mehr vorhanden sind. Sobald diese, namentlich das Jucken und die Schuppen, nach kurzer Zeit geschwunden sind, fängt die Behandlung erst recht an. In der Regel werden die Patienten oder die behandelnden Personen nach diesem vorübergehenden Erfolg nachlässig. Meiner Erfahrung nach kann man daran festhalten, daſs zur definitiven Heilung einer Alopecia ekzematosa monatelange intensive und sachverständige Behandlung notwendig ist.

Bei Damen kompliziert sich die Behandlung insofern, als die Salbe in der Reihe nach in sagittaler und horizontaler Richtung gezogenen Scheiteln in die Kopfhaut hineingerieben wird, am besten zunächst mittels eines Pinsels und dann mittels eines in der Hand gehaltenen Tuches oder

eines Lederhandschuhes. Man läfst sich zweckmäfsig die ausgekämmten Haare jede Woche einmal zur Besichtigung und zur mikroskopischen Untersuchung vorlegen und wird bei sachgemäfser Behandlung beobachten, dafs die ausfallenden Haare immer weniger werden. Haarspiritus verwende ich kaum, eigentlich nur dann, wenn eine ölige Seborrhoe vorhanden ist. In den meisten Fällen wurde durch Anwendung eines Haarspiritus keine Besserung erzielt, dagegen habe ich zweifellosen Nutzen von Haarwässern beobachtet, denen höchstens 10—20% Alkohol zugesetzt war. In der Regel wurde dieser in den Zwischenzeiten bis zweimal wöchentlich angewandt.

℞	*Acid. salicyl.*	0,2
	Resorcin	2,0
	Ol. ricin.	5,0
	Spirit. sapon. Kal.	20,0
	Aq. dest.	ad 100,0
	M. D. S.	

Bei der Tatsache, dafs der Haarausfall bei Damen in letzter Zeit in geradezu erschreckender Weise zunimmt, eine Beobachtung, die von allen Dermatologen gemacht wird, dürfte die erwähnte antiekzematöse Behandlung der Alopecia, namentlich im Anfange, wo nur geringe Schuppenbildung und Jucken mit spärlichem Haarausfall besteht, von Wichtigkeit sein.

Theoretisch wird die Wirkung dieser Therapie in etwas verständlich sein, wenn wir die Histologie der Alopecia ekzematosa und im Anschlufs daran die Indikationen für die Behandlung berücksichtigen.

„Was die Histologie der Alopecia seborrhoica[8] betrifft, so beginnt sie in den pityriatischen Fällen mit einer Hyperkeratose des Follikeleinganges und Haarbalgtrichters, die zugleich die nichthypertrophischen Talgdrüsen blockiert und deren Sekret anstaut. Durch konzentrischen Druck am Haaristhmus wird zunächst nur der Haarauftrieb und Haarausfall beschleunigt, und es werden relativ viele Haare im Beethaarstadium festgehalten. Beim Ausfall des Beethaares kommt es dann nicht wie beim normalen Haarwechsel zu einem vollgültigen Ersatz, sondern nur zur Entwicklung dürftiger, kleiner, der Lanugo immer ähnlicher werdender Papillenhaare, oder die Bälge bleiben leer und verkümmern. Im Gegensatz zu diesem Fortschritte des Prozesses kommt es bei einem tieferen Eindringen der Hyperkeratose in den Follikeln bis zum unteren Drittel, infolgedessen die Papillenhaare einen sehr verbreiterten Trichter erhalten, aber im unteren Teile festsitzen und nicht gelockert werden. An Stelle der ausgefallenen und verkümmerten Haare proliferieren die Talgdrüsen und wo die Follikelausgänge noch blokiert sind, bilden sich mit Horn und Fett gefüllte

[8] Unna-Bloch, Die Praxis der Hautkrankheiten. 1908. Urban & Schwarzenberg.

Cysten. Ähnlich verläuft der Prozefs bei der fettreichen seborrhoischen Alopecie, nur das hier Talgfett in Form von Schichten und wurstförmigen Einsprengungen in die Schuppen abgelagert wird, wodurch sehr fettige Krusten entstehen. Die Talgdrüsen hypertrophieren hier stärker und geben zusammen mit den Talgcysten der Oberfläche der Haut die bekannte Transparenz der Orangenschale. Die Cutis ist verdünnt und das subcutane Fett vermehrt, wodurch die Haut über der Galea unverschieblich wird."

Bei der Alopecia finden sich nun hauptsächlich die MALASSEZschen Flaschenbazillen und die kleinen Seborrhoebazillen, die, wenn ihre ätiologische Bedeutung auch nicht klar erwiesen, zweifellos bei einem vermehrten Haarausfall in vermehrter Anzahl vorkommen.

Nach diesen ätiologischen und histologischen Vorbemerkungen dürfte nach UNNA eine Therapie der Alopecia ekzematosa sich folgendermafsen gestalten:

1. Beseitigung der Ekzem- und Seborrhoebazillen. Dies wird bei der beschriebenen Behandlung erreicht durch die energischen, aber trotzdem reizlosen Waschungen mit Salicyl-Schwefel-Fermentinseife und durch die antibakterielle und antiekzematöse Wirkung des Fermentins, Salicyls, Resorcins und Schwefels, alles Antiekzematosa von bester Wirkung.

2. Beseitigung der Verdickung des Deckepithels. Dies geschieht durch die keratolytische Wirkung des Salicyls und die schälenden erweichenden und trotzdem milden Eigenschaften der Fermentinseife (eventuell mit Marmorstaubzusatz), deren Wirkung noch dadurch verstärkt wird, dafs man die Seifenmasse nachts über liegen lassen kann, andererseits werden die verdickten Epithelien durch die der S. 357 beschriebenen Salbe inkorporierten Medikamente erweicht und entfernt, so dafs eine Tiefenwirkung leichter zustande kommt.

3. Beseitigung des verdickten Fettpolsters und der vergröfserten Talgdrüsen. Dies geschieht durch die Massage mit der Fermentinseife und der oben beschriebenen Salbe, die mittels eines Tuches gründlich in die Kopfhaut hineinmassiert wird.

4. Beförderung der Mitosenbildung des Haarbalgepithels. Obschon die applizierten keratoplastischen Mittel nicht ohne weiteres direkt in die Tiefe der Haarbälge heranreichen, so dürften nach einiger Zeit, nachdem die oberflächliche Epithelverdickung durch die Massage mit der Seife und Salbe geschwunden, doch die wirksamen kerato- und akanthoplastischen, reduzierenden Mittel eine Vermehrung der Mitosen bewirken dadurch, dafs diese Mittel energisch in die erweichten und ihrer Keratose beraubten Haarfollikeln hineinmassiert werden.

Ich habe die Salicyl-Schwefel-Fermentinseife bei Alopecia ekzematosa aus obigen rein theoretischen Gründen, dann aber auch aus rein empirischen Gründen angewandt nach einer Beobachtung, auf die ich durch einen

Patienten vor kurzem hingewiesen wurde. Der Betreffende machte wöchentlich dreimal eine gründliche Einreibung der unteren Extremitäten mit dieser Seife. Nachdem er vier Monate lang diese Therapie mit Erfolg wegen einer früher immer rezidivierenden Furunkulose gemacht hatte, beobachtete er, daſs die Haare der unteren Extremität bedeutend länger geworden waren. Drei Kontrolluntersuchungen meinerseits ergaben ein ähnliches Resultat. Ich habe die Haare der zu behandelnden Extremität vorher gemessen und fand, daſs dieselben später um etwa $1/2$ cm länger geworden waren. Über die Ursache dieser Erscheinung möchte ich zunächst noch keinen Schluſs ziehen, möglicherweise ist die mechanische Einwirkung und die Massage imstande, in diesen Fällen das Wachstum der Haare anzuregen, möglicherweise aber auch eine chemische Beeinflussung seitens der der Seife inkorporierten Stoffe.

Über die Anwendung der Fermentinseife, namentlich der Salicyl-Schwefel-Fermentinseife bei Akne habe ich bereits in meiner ersten Veröffentlichung berichtet, als ich die externe Hefeverwendung in die Therapie einführte.

Histologisch sieht man bei der Akne hauptsächlich in den Follikelmündungen eine Hyperkeratose der Haut, dergestalt, daſs schlieſslich eine Verstopfung der Follikel stattfindet, indem die Hyperkeratose auf die Follikel und in die Tiefe derselben übergreift. Es entsteht infolgedessen eine Stauung des Talgdrüsensekrets und eine Hervorwölbung der Haut nach oben. Die Hornhaut schwärzt sich an den betreffenden Stellen durch reduzierende Farbprozesse, nicht wie fälschlich meistens geglaubt wird durch Schmutzpartikelchen (Acne punctata), während das Sekret der Talgdrüse zu einem Comedo eintrocknet. In den Comedonen finden wir, abgesehen von dem Acarus folliculorum eine Reihe von Mikroorganismen, und zwar die Aknebazillen, hauptsächlich in der Mitte des Comedo, während die oberen Partien und die Hornschicht namentlich Kokken aufweisen und am Rande des Comedo die Malassezschen Flaschenbazillen anzutreffen sind. Die so entstehenden Aknebeutel können sich nun indurieren, entzünden und vereitern, d. h. es bildet sich jene Form der sogenannten Acne indurata und pustulosa.

Nach diesen histologischen und bakteriologischen Befunden muſs eine auf dieser Basis beruhende externe Therapie der Akne sich folgendermaſsen gestalten:

1. Beseitigung der Hyperkeratose mittels keratolytisch (Salicyl) oder erweichend und schälend (Seife) oder mechanisch (scharfer Löffel, Marmorstaub) oder oxydierend (Natriumsuperoxyd) wirkender Mittel.

2. **Entfernen der Comedonen** mittels des Comedonenquetschers und Behandlung der stark indurierten Stellen mittels Inzisionen.

3. **Entfernen der Mikroorganismen** mittels bakterizid wirkender Mittel.

Natürlich erfordern Allgemeinerkrankungen eine spezielle Behandlung, namentlich eine eventuell vorhandene Obstipation mufs energisch bekämpft werden.

Die oben näher beschriebenen Forderungen an eine Aknetherapie werden nun speziell erfüllt durch die äufsere Anwendung der Salicyl-Schwefel-Fermentinseife und durch die innere Anwendung von purgierenden Fermentintabletten. Hierbei erweicht das Salicyl in Verbindung mit der Seife die hyperkeratotische Hornschicht in schonendster Weise, das Nuklein und der Schwefel entfalten bakterizide und antiekzematöse Wirkung und die übrigen Bestandteile der Seife üben eine reduzierende und vielleicht spezifische Wirkung auf den Akneprozefs aus, während die innerliche Darreichung von purgierenden Fermentintabletten nicht nur die allseitig anerkannte Wirkung der Hefebestandteile zur Geltung kommen läfst, sondern auch eine etwa bestehende auf den Akneprozefs ungünstig einwirkende Obstipation beseitigt. In besonderen Fällen erfüllt namentlich ein Zusatz von Marmorstaub oder Bimstein zu der Seife eine der obigen Forderungen einer sachgemäfsen Aknebehandlung, indem zu den keratolytischen Wirkungen der Seife noch die mechanische des Marmorstaubes hinzutritt.

Ich habe die Salicyl-Schwefel-Fermentinseife früher zunächst und hauptsächlich gegen Akne und Furunkulose angegeben, seitdem ist sie bei Akne und Furunkulose und bei den verschiedensten Formen des Ekzems in einer sehr grofsen Anzahl von teils schweren, teils leichten Fällen mit gutem, vielfach mit überraschendem Erfolg sowohl von mir als von anderer Seite angewandt worden.

Die Anwendung bei Akne geschieht in der Weise, dafs zweimal täglich das Gesicht, der Hals und Rücken gründlich mit dem in lauwarmem Wasser angefeuchteten Seifenstück (also mit der Fermentinmasse, nicht mit dem Schaum allein) eingerieben werden, und dafs dann etwa ein bis drei Minuten eine gründliche Massage mit der Fermentinseifenmasse gemacht wird. Nach der abendlichen Applikation bleibt die Seifenmasse nachts über liegen, um morgens durch eine gründliche Einschäumung und Waschung mit derselben Seife entfernt zu werden. Die Comedonen, welche auf diese Weise erweicht und gelockert werden, lassen sich dann leicht mit dem Comedonenquetscher entfernen. Wesentlich unterstützt wird die Behandlung durch den innerlichen Gebrauch von purgierenden Fermentintabletten und Anwendung folgender Fermentinschwefelpaste:

℞ *Sulfur. depurat.* 10 0
Resorcin 2,0
Fermentin 10,0
Zinc. oxyd. 15,0
Terr. silic. 5,0
Adip. benzoat. ad 100,0
M. f. past. D. S.

Aus der grofsen Anzahl von Krankengeschichten, die ich in sechs Jahren sammeln konnte, führe ich nur die folgenden an:

1. B. D., Kellner,[9] leidet seit Jahren an Akne indurata und pustulosa des Gesichts. Seit zwei Jahren ist die Affektion so stark aufgetreten, dafs er seinen Beruf als Kellner unmöglich weiter fortsetzen konnte und erwerbsunfähig war. Sechs Wochen nach einer konsequent durchgeführten Kur mit Salicyl-Schwefel-Fermentinseife ohne jede andere Therapie sind bei dem Patienten alle Aknepusteln und Knoten geschwunden, so dafs er seitdem wieder seine Stellung als Kellner aufnehmen konnte.

2. H. A., Soldat,[9] leidet an Acne faciei et dorsi (Acne punctata indurata et pustulosa mit starker Furunkelbildung). Im Gesicht, auf dem Rücken und auf der Brust befinden sich eine solche Menge von Comedonen, indurierten Knoten und Pusteln, dafs man normale Haut kaum dazwischen entdecken kann. Die Affektion war so stark, dafs der Patient zeitweise dienstuntauglich war und wochenlang wegen der enormen Schmerzen im Lazarett sich befand. Der Patient wurde aufser allgemein chirurgischen Mafsnahmen (Inzision, Comedonenquetscher) nur mit Salicyl-Schwefel-Fermentinseife behandelt, mit dem Resultat, dafs nach halbjährlicher Behandlung das Gesicht vollständig von Akne befreit war und auf dem Rücken und der Brust nur noch vereinzelte Akneknoten sich bildeten. Jedenfalls wurde der Patient soweit wieder hergestellt, dafs eine Aufnahme desselben ins Lazarett nicht mehr zu erfolgen brauchte.

3. K. M., Arzt, leidet seit zwei Jahren an heftiger Akne des Gesichts, die weder durch Salben, Bäder, Schälmethoden, Natriumsuperoxydseife und alle möglichen anderen Mittel wegzubringen war. Bei täglicher Anwendung mit Salicyl-Schwefel-Fermentinseife und Fermentintabletten sind die Akneeruptionen nach zwei Monaten vollständig geschwunden.

4. F. Z., Arzt, leidet seit mehreren Jahren an Acne indurata et pustulosa des Gesichts und Rückens. Nach sechswöchentlicher Anwendung der Salicyl-Schwefel-Fermentinseife ist derselbe vollständig, ohne dafs ein Rezidiv sich gezeigt hätte, von der Akne befreit.

5. M. E., Dame, 24 Jahre, leidet an leichter Akne und pityriasisformem Ekzem des Gesichts. Seit zehn Jahren ist ihr jede Seifenanwendung

[9] Fall 1 und 2 wurden in den Prof. Unnaschen Herbstkursen über Hautkrankheiten in Hamburg 1905 vorgestellt.

verboten, da jeder Versuch einer solchen, auch der mildesten Seifen eine starke Rötung und Schwellung mit intensivem Brennen und Schmerzen zur Folge hatte. Der Vater der Dame, der selbst Arzt ist, verordnete auf meinen Rat zunächst probeweise Salicyl-Schwefel-Fermentinseife, und da auch nicht die geringste Reizung auftrat, wurden die Versuche fortgesetzt, mit dem Resultat, das sowohl die Akne, als auch die ekzematösen Erscheinungen vollständig schwanden. Die Haut ist bedeutend widerstandsfähiger geworden, so daſs Massage des Gesichts und Anwendung von Gesichtscreme, die früher nie vertragen wurden, nunmehr ohne weiteres appliziert werden können. Sobald die Dame auf Reisen durch äuſsere Umstände gezwungen war eine andere Seife anzuwenden, zeigten sich immer wieder Dermatitiden und erneute Nachschübe des Ekzems.

6. Fräulein J. S.,[10] 24 Jahre, hat seit sechs Jahren Acne pustulosa im ganzen Gesicht. Sie hat verschiedene Kuren durchgemacht mit nur vorübergehendem Resultat. Schlieſslich wurde sie mit Hochfrequenzströmen behandelt, indem der Strom durch sterile Goldnadeln in die Pusteln eingeleitet wurde. Hierdurch trat eine geringe Besserung ein. Vordem war Patientin noch mit Bierhefe innerlich behandelt worden. Wegen einer entstandenen Gastritis wurde dann die innerliche Hefetherapie ausgesetzt, nachdem statt der Bierhefe noch Weinhefe nach Jacquemim-Nancy versucht worden war. Schlieſslich wurde Salicyl-Schwefel- und Ichthyol-Schwefel-Fermentinseife versucht, mit dem Resultat, daſs Patientin schon nach sechs Wochen soweit gebessert war, daſs sie sich entschloſs, eine bisher lediglich wegen ihrer heftigen schmerzhaften und entstellenden Akne aufgeschobene Reise zu ihrem Bräutigam nach Ostindien anzutreten.

7. O. V. Ausgebreiteter Lupus erythematosus (scharf umschriebene rote Form), der genau symmetrisch beide Wangen, Nase und Augenbrauen einnimmt. Da der Patient schon sehr viele Hautärzte konsultiert und alle möglichen Kuren durchgemacht hatte, wurde (Dr. Bollaan) probeweise Salicyl-Schwefel-Fermentinseife versucht. Ich sah den Patienten zwei Monate später und fand ihn wesentlich gebessert. Die früher roten Stellen waren abgeblaſst und speziell die Ränder waren nicht mehr so deutlich von der gesunden Haut abzugrenzen, während früher der Übergang vom kranken ins gesunde absolut scharf war.

8. W. A., Dienstmädchen, 22 Jahr, leidet seit ihrem 18. Jahr an Acne punctata und indurata. Therapie: Salicyl-Schwefel-Fermentinseife und Pasta Zinc. Sulf. c. Fermentin abwechselnd und Fermentin innerlich. Nach drei Monaten sind weder Pusteln noch Comedonen vorhanden.

---

[10] Fall 6 und 7 verdanke ich der Beobachtung des Herrn Dr. Bollaan, Direktor des Finseninstituts in Utrecht.

In ähnlicher Weise wurden von mir und anderer Seite günstige Erfolge in einer grofsen Zahl von Aknefällen erzielt. Aber es zeigten sich auch manchmal Mifserfolge, bei welchen dann durch Kombination der Fermentinseifentherapie mit den anderen eingebürgerten externen und internen Methoden oder auch mit letzteren allein das Ziel erreicht wurde, wenngleich zugestanden werden mufs, dafs einzelne Fälle von Akne jeder Therapie trotzen, was bei der dunklen Ätiologie mancher Fälle durchaus begreiflich ist.

Es empfiehlt sich in allen Fällen von Akne eine gründliche Untersuchung des Allgemeinstatus zu machen und je nach dem Befund eine Regelung der Diät, Behandlung etwaiger Magen-Darmstörungen und Sexualleiden und chirurgische Mafsnahmen neben der gebräuchlichen externen und internen Aknetherapie mit Salben, Pasten, Seifen, Massage usw. zu veranlassen, namentlich aber auf eine Regulierung einer eventuell bestehenden auch noch so leichten Obstipation zu achten. In leichteren Fällen verwende ich Fermentin-Schwefel-Bittersalztabletten, in schwereren Fermentin-Phenophtaleintabletten. Man vereinigt auf diese Weise die purgierende Wirkung des Hefenextraktes und des zugefügten Abführmittels mit der sekundär entstehenden Leukocytose des Blutes, die, sei es auf phagocytischem oder fermentativem Wege eine Beeinflussung der Akne, der Furunkulose und des Ekzems erwarten läfst. Namentlich von französischen Autoren ist auf den Zusammenhang zwischen Hauterkrankungen und einer Autointoxikation gebührend hingewiesen worden, und ebenso auf die vorzügliche Beeinflussung der letzteren durch Hefebehandlung.

Bei Follikulitis und Furunkulose war die Salicyl-Schwefel-Fermentinseife und die Anwendung von Fermentintabletten ebenfalls von Wirkung wegen der bakteriziden und reduzierenden Wirkung und der entstehenden Leukocytose.

Auch von Kirchbauer[11] kommt zu ähnlichen Resultaten:

1. Die interne Behandlung mit Hefepräparaten bei Furunkulose und Follikulitis zeitigt bei einer Infektion von innen sehr gute Resultate.

2. Bei einer Infektion von aufsen verspricht die interne Behandlung nicht viel. Hier tritt die externe Behandlung mit Hefeseife in ihre Rechte. Am besten mit Salicyl-Schwefel-Hefeseife nach Dr. Dreuw.

3. Eine kombinierte Behandlung ist da indiziert, wo man sich über die Ätiologie des Falles nicht klar ist oder falls bei einer Infektion von aufsen Infektionsstoffe auf dem Wege der lymphatischen Resorption bereits in die Blutbahn gelangt sind.

---

[11] v. Kirchbauer, Behandlung der Furunkulose und Follikulitis mit Hefepräparaten. *Dtsch. med. Wochenschr.* 1904.

Als Prophylaktikum gegen bakterielle Hautaffektionen habe ich mit der Salicyl-Schwefel-Fermentinseife Erfahrungen machen können. In vielen Fällen häufig rezidivierender Furunkulose am Oberschenkel und am Körper und von Furunkulose des Nackens und des Rückens ist nach konsequenter täglicher (später alle zwei bis drei Tage) Anwendung in Verbindung mit innerlicher Fermentindarreichung jedes Rezidiv ausgeblieben. Andere Fälle von Furunkulose des Rückens, namentlich dort, wo die Hosenträger einen Druck ausüben, und die Furunkulose kleiner Kinder wurden günstig beeinflußt, namentlich in Verbindung mit täglichen Einreibungen von 2%igem Salicylspiritus mittels Wattebäuschchen.

Erwiderung auf die Entgegnung des Herrn HOCK-Prag in Nr. 6.

Von

Dr. Dreuw-Berlin.

1. Herr Hock hat auf dem II. Urologenkongreß ein Instrument gezeigt, das eine Modifikation des Luysschen Instruments ist, vor welchem er erst eine Schlinge angebracht hat. Nur dieses Instrument ist von der für ihn arbeitenden Firma hergestellt worden. Von diesem Instrument behauptet Herr Hock es wäre nicht identisch mit den Instrumenten von Dreuw. Damit erübrigte sich eigentlich jedes weitere Wort.

2. Die Idee, vor einer Lichtquelle eines für die Blase bestimmten Instruments eine Schlinge anzubringen, stammt weder von Hock noch von mir, sondern ist an den Operationscystoskopen längst vor Hock angewandt worden. Ich erhebe für mich bloß einen Prioritätsanspruch auf die von mir in Band 50, S. 161 u. 162 und Band 52, S. 176 *dieser Zeitschrift* abgebildeten Instrumente für die Urethra und andere direkt erreichbare Körperhöhlen soweit die Instrumente eine Kombination von Lichtquelle und operativem Ansatz vereinigen, wodurch allerdings für diese Körperhöhlen ein neuer Effekt erzielt wird. Neu ist ferner an meinem Lichtträger die Anordnung, daß die Spitze des Messers, des Kauters, des elektrolytischen Ansatzes im Bogen unter- oder oberhalb der Lichtquelle angebracht ist, so daß die Spitze mit dem Auge während der Operation jederzeit beobachtet werden kann.

3. Herr Hock sagt in Nr. 1 seiner Entgegnung, sein Instrument wäre nicht nur für die Blase bestimmt. sondern auch für die Urethra. Dreuw hätte die Behauptung, das Hocksche Instrument sei nur für die Blase bestimmt, gar nicht aufstellen können, wenn er das Luyssche Instrument

gekannt hätte. — Pardon, Herr Hock, diese Behauptung habe nicht ich zuerst aufgestellt, sondern Sie selbst. Denn in Ihrem Briefe an mich, in dem Sie mich aufforderten, Ihre Prioritätsrechte anzuerkennen, schreiben Sie wörtlich:

„Ich habe die Firma Löwenstein darauf aufmerksam gemacht, daſs der sogenannte „Dreuwsche Lichtträger" bereits von mir auf dem II. Urologenkongreſs angegeben und demonstriert worden ist, allerdings nur für die Zwecke der Blasenendoskopie und -behandlung."

Ich habe mich also, wenn ich die obige Behauptung aufstellte, lediglich an Ihre eigenen Worte gehalten, da ich annahm, daſs Sie die Indikationen Ihres Instrumentes am besten kennen müſsten.

4. Aber auch in ein und derselben Entgegnung widerspricht sich Herr Hock, indem er am Ende dieser Entgegnung schreibt: „Ich habe dasselbe (Hocks Instrument) für die Blase angegeben", während er unter Nr. 1 behauptet, er wäre auch für die Urethra bestimmt. Also Widerspruch auf Widerspruch. Wenn Herr Hock selbst die Indikationen seines eigenen Instrumentes nicht kennt, wie kann er dann verlangen, daſs der Leser seiner so spärlichen Andeutungen auf dem II. Urologenkongreſs, der einzigen Literatur, die meines Wissens über diesen Gegenstand erschienen ist, sich ein Bild von der Beschaffenheit seines Instrumentes mache. Es dürfte sich daher für Herrn Hock empfehlen, entweder eine Abbildung seines Instrumentes zu veröffentlichen, ebenso offen, wie ich es getan habe, oder genauere Angaben zu machen, als sie in den Andeutungen seiner Diskussionsbemerkungen enthalten sind.

4. Obschon Herr Hock behauptet, sein Instrument wäre nicht identisch mit dem meinigen, erhebt er trotzdem Prioritätsansprüche.

5. Ich habe meine Idee der Firma Sanitas, wie schon erwähnt, im April 1909 übergeben. — Ich bitte Sie, Herr Hock, so lange Sie, und das dürfte Ihnen nicht gelingen, nicht das Gegenteil beweisen können, diese meine Worte nicht in Zweifel zu ziehen. Mit derartigen persönlichen Ausfällen verbessern Sie Ihre so voreilig geschaffene Position nicht.

6. Ich kenne das Luyssche Instrument und seine Indikationen sehr wohl, aber Herr Hock scheint es nicht zu kennen. Denn einmal behauptet er, seine Modifikation des Luysschen Instrumentes wäre nur für die Blase bestimmt, einmal es wäre für die Blase und Urethra bestimmt, einmal behauptet er, seine Idee wäre identisch mit der meinen und einmal, meine Instrumente seien nicht identisch mit seinem Instrument.

7. Die Behauptung des Herrn Hock, ein 14 cm langes Urethroskop reiche für die Kauterisation der hypertrophischen Prostata wegen der Kürze nicht aus, ist direkt als naiv zu bezeichnen. Als ob es ein so schweres Unterfangen wäre, das Instrument statt 14 cm, 16 oder 18 oder auch 20 cm lang zu machen.

Herr HOCK rennt offene Türen ein. Er will die Priorität einer Idee für sich in Anspruch nehmen, die längst vor ihm und mir durchgeführt war. Ich bedauere daher, aus diesem und den oben erwähnten Gründen, die Prioritätsansprüche des Herrn HOCK nicht anerkennen zu können und überlasse das Urteil getrost den objektiv urteilenden Fachgenossen.

Versammlungen.

Berliner Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 14. März 1911.

Originalbericht von Dr. FELIX PINKUS-Berlin.

1. Bei Besprechung einer Anfrage der städtischen Schuldeputation über die Behandlung der sog. Alopecia parvimaculata fragt BAUM, welcher drei Fälle von **Trichophyton violaceum** bei Berliner Kindern beobachtet hat, ob noch anderweitig dieser Pilz gesehen worden ist. E. LESSER und TOMASCZEWSKI haben dieses Trichophyton bei einem aus Ungarn stammenden Schulkinde gefunden.

2. ROSENTHAL demonstriert ein 20jähriges Mädchen mit außerordentlich ausgedehnten, zum Teil sich kreuzenden, unregelmäßig verlaufenden **Narbenstreifen**, zum Teil Keloiden ähnlich, **im Gesicht**, vornehmlich an der Stirn, ferner Wangen, Kinn, behaartem Kopf und Nacken. Die Striae bestehen von jung auf, sollen zur Zeit der Geburt sogar besonders stark gewesen sein. Vielleicht ist diese Veränderung die Folge des Einreißens der Haut durch ein Ödem während des intrauterinen Wachstums. Da ein leichter Grad von BASEDOWscher Krankheit besteht, könnte es auch mit einer Erkrankung der Thyreoidea zusammenhängen, etwa als Folge eines myxödematösen Prozesses. Dabei besteht eine postoperative Perforation des Nasenseptums, aber sonst kein Zeichen von Lues, weder in Anamnese noch im Befund. WASSERMANNsche Reaktion negativ.

Diskussion: E. LESSER erinnert an ähnliche Narbenstreifen bei hereditärer Lues. BLASCHKO führt diese strichförmigen Depressionen, ganz gleich welchen Sitzes im Gesicht, auf hereditäre Lues zurück, für die ihm auch eine Andeutung von Tête bossuée zu sprechen scheint. ROSENTHAL kann keinen ausreichenden Beweis für Lues finden.

3. TOMASCZEWSKI demonstriert ein intraskrotal Ende Oktober geimpftes **Kaninchen**, welches jetzt eine **Keratitis** des linken Auges bekommen hat. Bei Kaninchen ist generalisierte Lues nicht allzuschwer zu erzeugen, wenn auch klinische Zeichen dieser Durchseuchung bisher nur selten sichtbar erscheinen.

4. HELLER spricht über **Leukoplakia praeputii**, demonstriert mit dem Projektionsmikroskop histologische Präparate seines Falles und eine Patientin mit Leukoplakia der Portio vaginalis uteri. In seinem Fall von Leukoplakie des inneren Präputialblatts hatte kongenitale Phimosis bestanden, wie in drei Fällen von den 22 von BOHACZ zusammengestellten Fällen. Mikroskopisch besteht neben mäßiger Infiltration der oberflächlichen Cutisschichten eine Verdickung des Epithels mit reichlicher hoher Zapfenbildung, Verdickung des Stratum granulosum und vor allem sehr erhebliche Hyperkeratosis, bis 750 μ dick (gegen 25 μ am übrigen Präputium). Unter der Leukoplakie sind die Blutgefäße außerordentlich stark erweitert.

Diskussion: SAALFELD fragt nach dem Verhalten der Hautdrüsen, nach ev. Fund von TYSONschen Drüsen. In einem Fall von Leukoplakia linguae hat er nach Vereisung die leukokeratotischen Stellen mit Erfolg flach mit dem Rasiermesser abgetragen. W. FRIEDLÄNDER hat zwei Fälle von Leukoplakie des Präputiums ohne vorangegangene venerische Krankheiten beobachtet. Allmählich war eine Verengerung der Vorhaut entstanden. Das innere Präputialblatt war kreideweifs, es bestand kein nennenswertes Jucken. In einem Fall von Leukoplakie der Zunge, der wegen einer Kehlkopfaffektion mit Salvarsan nach WECHSELMANN behandelt worden war, trat keine Veränderung der Zungenaffektion ein. HELLER hat keine Drüsen in den kranken Stellen gefunden.

5. PINKUS demonstriert die **Photographie eines unverletzten Hymens** bei einer seit mehreren Monaten der Prostituiertenkontrolle unterstellten Person.

6. PINKUS berichtet über **hyperämische** (HERXHEIMERsche) **Reaktionen, nach Salvarsaninfusion** eintreten. Häufig erscheinen sie schon zwei Stunden nach der intravenösen Anwendung und laufen in sechs bis acht Stunden wieder ab, so dafs sie am nächsten Tage nicht mehr entdeckt werden können. Sie stellen entweder einfache Roseola oder ausgedehnte anuläre Exantheme dar. An der Stelle der Reaktion ist mikroskopisch rundzellige Infiltration um die Gefäfse vorhanden, so dafs es sich beweisen läfst, dafs die HERXHEIMERsche Reaktion hier in einer Hyperämisierung unsichtbar gewesener Syphilisherde besteht. Diese Hautreaktion ist als Überempfindlichkeitsreaktion anzusehen, ausgelöst durch Spirochätentoxine, geradeso wie die Reaktion des Lupus auf Salvarsan durch freiwerdendes Tuberkulin erzeugt werden dürfte, und analog der Reaktion der Lepra, des Lichen planus, der Psoriasis und der Allgemeinreaktion des Rekurrens auf subcutane Dosen. P. hat das Wiederaufflammen einer Blennorrhoe am Tage nach Salvarsaninfusion beobachtet. Die Allgemeinreaktion der Syphilitischen auf Salvarsan hat vielfach mit der Wirkung des Mittels als solches, aber vielleicht nicht alles mit seiner spezifischen spirochätentötenden Kraft zu tun und wechselt auch ein wenig nach den Präparationsnummern des Mittels.

Diskussion: ROSENTHAL demonstriert einen nekrotischen Herd nach der Methode von WECHSELMANN, in dessen Zentrum eine gelbe Substanz, wie unzersetzte Salvarsanemulsion, sich befindet. BLASCHKO möchte keine Unterscheidung der Ursache von 1. Allgemeinreaktion als Giftwirkung und 2. HERXHEIMERscher Reaktion als Syphilistoxinwirkung machen, sondern die ganzen Reaktionserscheinungen als Folge der Salvarsanwirkung allein ansehen. Psoriasis und Lichen planus sind ja vermutlich keine infektiösen Affektionen, bei diesen stimmte es, da es keine Erreger gibt, nicht mit der Reaktion des erregenden Stoffs. PINKUS hält die Erklärung der Toxinwirkung für diejenige, welche zurzeit allgemein gebräuchlich ist. Bei Psoriasis und Lichen ruber stellt er sich die Wirkung reagierender Stoffe, wenn auch nicht gerade Bakterien, sondern vielleicht Zellprodukte als Ursache der Reaktion vor. Jedes Exanthem ist als Überempfindlichkeitsreaktion anzusehen.

Fachzeitschriften.

Dermatologisches Centralblatt.

Band XIV, Heft 5. Februar 1911.

1. **Ein mit OUDINschem Strome geheilter Fall von Skleroderma circumscriptum,** von A. HERZFELD-New York. Seit vier Jahren bestehende handflächengrofse Stelle am Unterleib einer 49jährigen Frau war seit drei Jahren mit Salicylpräparaten,

Jodkalium, Arsen, Thyreoidextrakt, Thiosinamin und monatelang mit galvanischen und faradischen Strömen vergebens behandelt worden. Durch Einwirkung des Oudinschen Stroms mittels direkt aufgesetzter gläserner Vakuumelektrode trat nach sechs Sitzungen à 10 Minuten ein Erythem und im Verlaufe von etwa sechs Wochen glatte Rückbildung ein.

2. **Vesicaesan bei Erkrankungen der Nieren und Blase und bei Blennorrhoe,** von G. E. Vorster-Düsseldorf. Vesicaesan ist ein aus frischen oder frisch getrockneten Blättern der Uva ursi durch fraktionierte Extraktion, unter Anwendung niedrigster Temperaturen, hergestelltes Präparat, das in Pillenform, viermal täglich 6—10 Pillen (!), zu nehmen ist. Die Erfolge sollen glänzende sein, Reizerscheinungen sind auch bei lange dauernder Medikation nie beobachtet worden.

W. Lehmann-Stettin.

Verhandlungen der Royal Society of Medicine.

Dermatologische Sektion.

Bd. IV, Nr. 3.

Sitzung vom 15. Dezember 1910.

Sekundäre Syphilis mit Vortäuschung von Ichthyosis durch die schwindende Roseola, von H. G. Adamson. Wie die Abbildung erkennen läßt, bot die 40jährige (mit einem in antisyphilitischer Behandlung stehenden Manne) verheiratete Frau an den Armen und Beinen Veränderungen dar, welche frappant an Ichthyosis erinnern. Die syphilitische Ätiologie der Läsionen ist aber durch verschiedene gewichtige Momente sichergestellt.

Fall von Epidermolysis bullosa, von W. Evans. Es handelt sich um eine 26jährige Frau ohne hereditäre Belastung. Das Leiden soll im zwölften Lebensjahre eingesetzt haben.

Fall zum Diagnostizieren, von T. Colcott Fox. Die 42jährige, phthisisch stark belastete Patientin leidet seit etwa zehn Jahren an Attacken von Knötchenbildungen, namentlich in der Haut der Unterschenkel. Die Diagnose schwankt zwischen Tuberkuliden und dem Bazinschen Erythema induratum.

Acne scrophulosorum bei einem zwölfjährigen Mädchen, von E. G. G. Little.

Eine bequeme Methode der intravenösen Darreichung von Salvarsan, von J. E. R. McDonagh. Verfasser empfiehlt die endovenöse Darreichung der neutralisierten resp. alkalisierten Lösung nach bekannten Vorschriften.

Ein ungewöhnlicher Fall von lineärem Naevus, von J. H. Sequeira. Die ungewöhnlichen Momente bei diesem, einen fünfjährigen Knaben betreffenden Fall waren die symmetrische Lokalisation an beiden Armen von der Axilla bis auf die Hände und an den Beinen von dem Gesäfs bis auf die Fufssohlen und ferner eine ausgedehnte kongenitale streifige Pigmentierung am Rücken. Das Naevusgebiet trug mehr oder weniger ausgebildete warzige Erhebungen, welche vielfach infolge von geringfügigen Traumen exulceriert waren.

Ein Fall zum Diagnostizieren, von F. A. Warner und W. Fox. Bei einem 64jährigen, noch rüstigen Manne besteht seit fünfviertel Jahren eine Entwicklung von subcutanen Knoten, welche vereinzelt die Gröfse einer halben Mandarinenapfelsine erreichen, vielfach aber ohne Ulceration spontane Rückbildung erfahren. Zurzeit sind 200 solche Gewächse zu zählen. Der klinische Verlauf und die mikroskopische Untersuchung lassen die Diagnose schwanken zwischen einer atypischen Affektion des Blutes und der Blutgefäfse einerseits und Mykosis fungoides, Kaposis idiopathischem hämorrhagischem Hautsarkom, Boeckschem Sarkoid und Lymphodermia perniciosa (Crocker).

Chronischer (artificieller) Hautausschlag bei einer 14 Jahre hindurch beobachteten Patientin, von F. P. Weber. Am Abdomen der schon viermal wegen verschiedener hochgradiger intestinaler Symptome laparotomierten Patientin sieht man eine ekzematöse Affektion und Ulcerationen an den Laparotomienarben. Ein definitives Urteil ist zurzeit nicht möglich.

Klinische Sektion.

Sitzung vom 9. Dezember 1910.

Rezent entstandene multiple Teleangiektasien der Haut, von J. Galloway. Seit ungefähr zehn Monaten haben sich bei dem 36jährigen, an ausgedehnter Lungentuberkulose leidenden Patienten am Gesicht (wie die Abbildung zeigt) und auch sonst am Körper zahlreiche Teleangiektasien entwickelt. Die Läsionen bestehen aus einem dunkelvioletten Zentrum, das in einzelnen Fällen die Gröfse einer Erbse erreicht, und spinnenförmigen Ausläufern von erweiterten Kapillaren.

Fall von Gumma des Gehirns, von C. A. Ballance. Bei einem 26jährigen Syphilitiker mit schweren nervösen Erscheinungen hat B. den Schädel geöffnet und eine gröfsere Menge gummöser Substanz, die dem Gehirn hinter der Fissura Rolandi eingelagert war, entfernt. Es erfolgte ungestörte Heilung, doch besteht noch Atrophie der Handmuskeln nach wie vor.

Zwei Fälle von Henochscher Purpura, von W. E. Wynter.

Varix der rechten Vena epigastrica superficialis, von L. McGavin. Die Entstehung dieser so ungewöhnlich lokalisierten Venenerweiterung wird auf eine Überanstrengung bei einer bestimmten Gelegenheit zurückgeführt.

Verletzung des fünften und sechsten Cervicalnervenstammes mit nachfolgender Keloidbildung an den Narben, von L. McGavin. Durch einen Unfall war die Clavicula disloziert worden nebst anderen Verletzungen. Zur Beseitigung der dadurch bedingten und nicht schnell genug vergehenden Parese des Armes wurde bald nach der ersten Reposition des Schlüsselbeins wegen der inzwischen eingetretenen Verschiebung desselben inzidiert und eine Festlegung mit Draht vorgenommen. Etwa sechs Monate später hatten sich an den Wundnarben ebenso wie an der Operationsnarbe Keloide entwickelt. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1910. Heft 11.

Neue Untersuchungen betreffend die Ätiologie der Alopecie, von R. Sabouraud. Den Kern dieser Abhandlung bildet der Satz, dafs die erworbene und die ererbte Syphilis eine grofse Rolle in der Ätiologie der „Pelade" spielen, dafs man bei Leuten, die am Haarschwund leiden, vielfach die Zeichen der ererbten Syphilis nachweisen kann, und dafs bei ihnen die Alopecie etwa im 20. Lebensjahr zum Ausbruch kommt; bei Lues acquisita andererseits stellt sie sich neun bis zwölf Jahre nach der Infektion ein. Eine spezifische Behandlung führte in mehreren Fällen einen vollen Erfolg herbei, das Haar stellte sich in vollem Wuchs wieder ein.

Auch andere schwere Krankheiten und Verletzungen kommen ätiologisch für die Alopecie in Betracht.

Das Vorkommen der Wassermannschen Reaktion bei Leuten mit Alopecie, von Du Bois. Der Verfasser hat unter 14 Fällen von Alopecie (Pelade) elfmal den Wassermann positiv gefunden. Keiner von diesen elf Fällen, von denen neun Erwachsene und zwei Kinder betrafen, zeigte ein Symptom der erworbenen oder der ererbten Syphilis. Bei allen handelte es sich um Formen schwerer, bzw. gänzlicher

Alopecie, die teils mehrfach rezidivierte, während bei den Dreien mit negativem WASSERMANN — zwei Erwachsenen und einem Kind — das Leiden nur geringgradig war und sich verhältnismäfsig rasch beseitigen liefs.

Verfasser scheint geneigt, in einer Syphilis der Väter die fernwirkende Ursache für die Alopecie zu suchen.

Die Behandlung der Syphilis mit dem Salvarsan, von PELLIER. Diese Arbeit beschäftigt sich auf 30 Seiten ausschliefslich mit der deutschen Literatur über Salvarsan. Für deutsche Leser erübrigt sich demnach ein Referat. Verfasser stellt eine zweite Arbeit in Aussicht, die die übrige und besonders die französische Literatur über Salvarsan berücksichtigen soll. *Türkheim-Hamburg.*

Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Sitzung vom 3. November 1910.

H. GOUGEROT und HENRY SALIN: **Purpura** im Gebiet des Nervus musculo-cutaneus des linken N. radialis infolge zu starken Schnürens in der Ellenbogengegend. Der Fall betraf einen Phthisiker. — Dieselben: **Hämatogener Ikterus mit Purpura;** Haematom des rechten Unterschenkels mit nachfolgendem hämatolytischen Ikterus.

HUDÉLO und THIBAUT: **Dermatitis herpetiformis DUHRING** bei einem Neugeborenen.

LAFAY und LÉVY-BING empfehlen eine Mischung von ein Teil Lanolin und neun Teilen Mohnöl als **Excipiens für das Salvarsan.**

EMERY macht Bemerkungen zur Technik der **Einspritzungen mit Salvarsan;** daran knüpft sich eine längere Besprechung.

L. BROCQ und LE BLAYE berichten ausführlich über den **Heilwert des Salvarsans** gegenüber den älteren Methoden. Salvarsan ist bei manchen Formen der Syphilis dem Hg überlegen, bei anderen ihm gleichwertig; aus ihrer gemeinsamen Anwendung ist Gutes zu erhoffen. Daneben bleiben Hektin und Hectargyrum schätzenswerte Mittel.

JEANSELME und TOURAINE: Von 36 mit Salvarsan gespritzten Fällen wurde der vorher positive **WASSERMANN in 24 Fällen negativ** und blieb in 19 Fällen während der Beobachtung negativ; viermal war er vorher negativ und wurde nach der Einspritzung positiv.

BAYET: Bericht über **100 Fälle von Syphilis,** mit Salvarsan behandelt. Die Erfahrungen stimmen im allgemeinen mit denen der übrigen Forscher überein. Unter zehn Fällen von tertiärer Syphilis wurden nach der Einspritzung siebenmal Rückfälle beobachtet. Auch die WASSERMANNsche Reaktion verhielt sich widerspruchsvoll und scheint noch am ehesten bei der tertiären Syphilis beeinflufsbar.

GASTOU: **Mediastinaltumor,** wahrscheinlich syphilitischen Ursprungs. Hochgradige Atembeschwerden und Störungen in der Sprache verschwanden nach einer Einspritzung von Salvarsan.

Sitzung vom 17. November 1910.

HUDÉLO und THIBAUT: Bericht über **23 Fälle von Syphilis, mit Salvarsan** behandelt. Alle Fälle betrafen Frauen; es wurden vier Rückfälle beobachtet. Die rasch heilende Wirkung auf alle nässenden Exantheme wird anerkennend hervorgehoben, dagegen dem Mittel die Fähigkeit, die Syphilis zu heilen, abgesprochen.

MILIAN: Bericht über die **Behandlung der Syphilis mit Salvarsan.** Das Salvarsan ist dem Quecksilber bei weitem überlegen, es wirkt viel schneller und viel sicherer. 150 Fälle von sichtbaren Haut- und Schleimhauterkrankungen heilten nach einer Einspritzung. Auch ist die Wirkung von Salvarsan viel nachhaltiger als die des

Quecksilbers und versagt auch da nicht, wo dieses im Stich läſst. — Dieser Begeisterung Millians für Salvarsan treten mehrere Redner entgegen.

Emery tritt Brocq entgegen, der das Salvarsan nicht höher bewertet, als das Hg.

Bizard lobt die raschen Wirkungen des Salvarsans im primären Stadium der Syphilis, wo es dem Hg bedeutend überlegen ist.

Sulzer: Die **Wirkung** der verschiedenen **Arseniksalze** auf den **Nervus opticus.** Das Atoxyl und die ähnlich zusammengesetzten Arsensalze sind für den Sehnerven sehr gefährlich, weniger die Kokodylate; über das Salvarsan liegen bis jetzt noch keine schlimmen Erfahrungen vor.

Lebedde: Die augenblicklichen Indikationen des **Salvarsans.** Es ist, vorsichtig angewandt, ein unschädliches Mittel und ist angezeigt in den Fällen, in denen das Quecksilber wirkungslos ist oder nicht vertragen wird, oder in denen rasche Hilfe erforderlich ist.

Jeanselme und J. Charles Bongrand: **Die Ausscheidung des Arsens** erfolgt bei intramuskulärer Einspritzung des Salvarsans während des dritten bis sechsten Tages, bei intravenöser Einspritzung innerhalb der ersten 24 Stunden hinterher.

J. Darier und Cottenot äuſsern sich anerkennend über das **Salvarsan,** glauben aber nicht, daſs es imstande sein wird, das Hg zu verdrängen.

Sitzung vom 1. Dezember 1910.

Sulzer: Ein Fall von **Sehstörungen** nach dem Gebrauch von **Hektin** (Phenyl-Sulfeno-Paraamino-Phenyl-Arseniate de Soude).

Hallopeau berichtet ausführlich über seine günstigen Erfolge in der Behandlung der **Syphilis mit Hektin;** es knüpft sich daran eine lange Besprechung.

Hallopeau und E. François-Dainville: Ein **Riesenschanker am Kinn,** Infektion beim Rasieren.

Barcat empfiehlt das **Radium** in der Behandlung des **Lupus tuberculosus** und gibt die Methode an.

Jeanselme und Gastou: **Maladie de Breda** oder **Lupus atypicus der Schleimhäute.** Wassermann positiv beim Fehlen jeglichen anderen Symptoms von Syphilis.

Balzer und P. L. Marie: Sehr umfangreiche **tertiär - syphilitische Drüsengeschwulst** am Hals. Heilung nach zehn Einspritzungen von je 0,1 Hectargyrum — eine Zusammensetzung von Hektin und Quecksilber.

F. Balzer: **Sehstörungen infolge von Behandlung mit Hektin** wegen Syphilis. Zentrale und periphere Skotome nach 16 Einspritzungen. Ausgang in Heilung.

F. Balzer und Burnier: **Ulcus syphiliticum auf der Kopfhaut,** im Anschluſs an eine kleine Hautwunde.

F. Balzer, Burnier und Gougerot: **Dermatitis vegetans et ulcerosa.** Sitz längsüber den Schulterblättern in Form zwei breiter Längsstreifen sowie am linken Vorderarm; es wurde ein fadenförmiger, noch unbekannter Pilz gefunden.

Bonnet: **Sporotrichose** mit Gummata in der Haut und den Muskeln; Anschwellung des rechten Knies, so daſs man an eine syphilitische Gelenkentzündung dachte.

G. Thibierge und R. J. Weissenbach: Patient mit früherer Bleivergiftung; jetzt Hyperkeratose der rechten Hand und psoriasis-artige **Störungen an den Nägeln** derselben Hand.

Türkheim-Hamburg.

Verhandlungen der Société Belge de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Jahrg. 10, Nr. 1 bis 4.

Sitzung vom 14. November 1909.

Fall zum Diagnostizieren, von DIETZ-Antwerpen. Ein 30jähriger Mann weist auf der behaarten Kopfhaut zwei kahle Stellen auf, bei denen man teils an BROCQS Pseudo-Alopecie, teils an parasitäre Folliculitis oder auch an Lupus erythematosus denken kann.

Fall von Pemphigus, von DIETZ-Antwerpen. Es handelte sich um einen Fall von fünfmonatigem Bestehen bei einem zweijährigen Kinde. Alle therapeutischen Eingriffe sind bisher erfolglos gewesen.

Ein Fall von Pigmentbildung bei Syphilis, von POIRIER-Antwerpen. Bei dem vorliegenden Falle, ein junges Mädchen betreffend, ist die Pigmentansammlung, wie die beigegebenen Photogramme zeigen, eine ganz ungewöhnlich starke und umfaſst sowohl den Hals als auch den Brustkorb, die Arme und den oberen Teil der Oberschenkel. Die Abnormität ist während der Beobachtung im Hospital im Laufe von sechs Wochen hervorgetreten.

Primärsyphilid der Mundhöhle, von LESSELIERS-Gand. Eine 25jährige verheiratete Frau, Mutter eines Kindes von 16 Monaten, zeigte eine allgemeine Syphilis im eruptiven Stadium. Am linken Kieferwinkel fiel eine starke Drüsenschwellung auf, und beim Forschen nach den Zeichen des Primärsyphilids wurde in der Gegend des letzten Backenzahnes eine umschriebene, rötliche Induration als Überreste desselben gefunden. Patientin hatte sich von einem Dentisten, der angeblich aus Mildtätigkeit und ohne Bezahlung die Praxis ausübte, den Zahn ziehen lassen, und es hatte sich etwa drei Wochen nachher an der Stelle eine obstinate, quälende Ulceration entwickelt. Am folgenden Tage kam der Gatte mit einem seit 14 Tagen bestehenden Schanker am Praeputium auch in Behandlung.

Sitzung vom 13. Februar 1910.

Behandlung des Lupus erythematosus mit heiſser Luft (nach HOLLÄNDER), von POIRIER-Antwerpen. P. hat bei einem sonst sehr refraktären Falle nach zweimaliger Heiſsluftkauterisation in der Narkose einen sehr guten Erfolg zu verzeichnen gehabt.

Alopecie der behaarten Kopfhaut nach Impetigo, von DUBOIS-HAVENITH-Brüssel. Ausführliche Krankengeschichte eines Kindes, das nach Impetigo der Kopfhaut (BOCKHART) einen starken Haarverlust aufweist. Verfasser erwartet die Wiederherstellung der Haare zum groſsen Teile nach einigen Monaten.

Fall zum Diagnostizieren, von DANDOIS-Louvain. Allgemeine Drüsenschwellung bei einem zehnjährigen Knaben ohne bestimmte Ätiologie.

Prurigo simplex oder chronische Urticaria mit konsekutiver Narbenbildung, von DUBOIS-HAVENITH-Brüssel. Ein 25jähriger, sonst gesunder Mann, bisher im Kongostaat beschäftigt, leidet seit seiner Rückkehr an Attacken von Juckreiz mit disseminierter Papelbildung und gelegentlicher Entwicklung von Quaddeln. Die bisherige mehrmonatige Behandlung ist erfolglos geblieben.

Fall von Onychogryphosis, von THOMPSON-Brüssel. Die Affektion betraf den Nagel der groſsen Zehe; die Entstehung wird seitens der 50jährigen Patientin auf eine starke Quetschung zurückgeführt. T. entfernte den Nagel in toto unter Lokalanästhesie.

Drüsenschwellungen der Haut durch Staphylokokkeninfektion, von POIRIER-Antwerpen. Bei einem 20jährigen Manne mit Ulcerationen und Drüsenschwellungen am Gesicht und Hals ergab die bakteriologische Untersuchung sowohl bei den Geschwüren wie bei den noch intakten Drüsenknoten ausschlieſslich das Vorhandensein

von Staphylococcus albus. P. glaubt diesen Coccus als alleinigen ätiologischen Faktor in diesem Falle ansprechen zu dürfen.

Fall zum Diagnostizieren, von Dandois-Louvain. Man konnte bei dem papulösen, nicht juckenden, aber mit Dermatographie verbundenen Prozeſs an Urticaria pigmentosa und auch an Parapsoriasis oder Tuberkulide denken.

Sitzung vom 10. April 1910.

Fall von Ecthyma, von Dubois-Havenith-Brüssel. Man konnte bei diesem Patienten, der vor etwa neun Jahren schon eine ähnliche Affektion darbot, an Syphilis denken. Die antiluetische Behandlung blieb indes wirkungslos. An den Läsionen waren nur Streptokokken nachzuweisen.

Pemphigus congenitalis mit Neigung zu Narbenbildung, von Poirier-Antwerpen. Ausführlicher klinischer Bericht mit Abbildungen über einen achtjährigen, in der Entwicklung sehr gehemmten Knaben, bei dem die ersten bullösen Läsionen am neunten Lebenstage hervortraten.

Ein durch Jod verursachtes Erythem, von Lesseliers-Gand. Im Anschluſs an eine Hydrocelepunktion mit nachfolgender Spülung der Kavität mit Jodlösung erkrankte ein auch sonst gegen Jodpräparate empfindlicher Patient nach 48 Stunden mit erythematöser Rötung zunächst am Skrotum, dann aber am Unterleib, den Knien, Achselhöhlen und Händen. Auch entwickelten sich einige Furunkel. Der stark juckende Ausschlag verging erst im Laufe von drei Wochen wieder.

Das Berufsgeheimnis, von Thomson-Brüssel. Eine Dame von einigen 50 Jahren wird von T. wegen manifester Syphilis behandelt. Kurz nach Beginn der Behandlung verlangt eine andere Dame Auskunft über die Krankheit der ersten mit der Begründung, daſs ihr Sohn mit der Tochter der ersten verheiratet ist. T. gibt die Auskunft, daſs eine Hautkrankheit vorliege, die ansteckend sei, und daſs gewisse Maſsregeln zur Vorsicht nötig seien.

Sitzung vom 12. Juni 1910.

Ein Fall von universeller Teleangiektasie, von Vercoullie-Gand. Dieser Fall ist zwei Jahre zuvor in der Versammlung von Cruyl mit der Diagnose Fibroma tunicae adventitiae vasorum vorgestellt worden. Seitdem hat V. den Patienten verschiedentlich untersucht. Es handelt sich um einen robusten Mann in den dreiſsiger Jahren, Vater von drei Kindern, bei welchem die ganze Körperoberfläche mit Ausnahme des Gesichts, der Handteller, Fuſssohlen und der Genitalien mit scharf umschriebenen, roten, wenig erhabenen Papeln oder Flecken besetzt ist. Subjektive Beschwerden sind nie aufgetreten. Die an verschiedenen Photogrammen demonstrierten mikroskopischen Präparate ergeben eine an den Gefäſsen des Rete Malpighii lokalisierte Zellinfiltration und auſserdem eine Ektasierung der Gefäſse nebst Vorwölbung und Verdickung des Endothels, was sowohl an den Kapillaren als auch an den gröſseren Gefäſsen zu erkennen ist. Eine ätiologische Erklärung ist trotz aller Untersuchungen nicht gelungen; eine Intoxikation irgendwelcher Art scheint das wahrscheinlichste zu sein. Einige Analogien sind aus der Literatur angeführt.

Postvaccinale Läsionen, von Halkin-Lüttich. Ein etwa halbjähriges Kind zeigte einige Wochen nach der glatt verlaufenden Kuhpockenimpfung an mehreren Körperstellen umschriebene, erysipelartige Gebiete, in deren Mitte sich eine typische, kraterförmige Vaccinepustel befand. Es bestand ein mäſsiges Fieber. Nach etwa zwölf Tagen war die Haut wieder rein, aber zwei Wochen später trat noch eine Dermatitis mit Eiterbildung hervor.

Molluscum contagiosum, von Thomson-Brüssel. Schilderung eines Falles bei einem Kinde.

Lupus erythematosus, von Thomson-Brüssel. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Folia urologica.

Band V, Nr. 8. Februar 1911.

1. **Beiträge zur Prostatektomie nach Freyer**, von Paul Steiner - Klausenburg. Operativ-Technisches und Indikationen. 16 gute Reproduktionen auf 6 Tafeln.

2. **Beiträge zur Histologie der Prostatahypertrophie**, von D. Veszprémi-Klausenburg. Verfasser glaubt auf Grund seiner histologischen Untersuchungen sagen zu können, daſs es sich im allgemeinen bei der Prostatahypertrophie weder um eine maligne Neubildung noch um einen entzündlichen Ursprung handelt. Altersveränderungen erscheinen ihm am wahrscheinlichsten.

3. **Urologische Instrumente zur Behandlung der hinteren Harnröhre**, von F. Dommer-Dresden. D. hat in das für die hintere Harnröhre bestimmte Wossidlosche Urethroskop einen optischen Tubus eingeführt, an dessen peripheren Ende sich eine Elektrode, eine Kürette nnd ein Messer anstecken lassen. Abbildung

W. Lehmann-Stettin.

Bücherbesprechungen.

Die Zeugung beim Menschen. Eine sexualphysiologische Studie aus der Praxis, mit Anhang: **Die künstliche Zeugung (Befruchtung) beim Menschen**, von Hermann Rohleder - Leipzig. (Leipzig 1911, Georg Thieme.) Der Verfasser teilt seine Monographie in einen physiologischen Teil, indem er nacheinander das Sperma, die Erektion und Ejakulation, die Menstruation und die Ovulation, die Kohabition und die Befruchtung bespricht und einen kürzeren pathologischen, der die Pathologie der Zeugung durch krankhafte Keimzellen und die pathologische Vererbung durch abnorme Befruchtungsvorgänge bei gesunden Keimzellen enthält. Der Anhang, der ursprünglich als selbständige Broschüre erscheinen sollte, ist eine Antwort auf das Sachverständigengutachten Fritschs vor dem Cölner Oberlandesgericht, der bei einer Verhandlung über einen Fall von künstlicher Befruchtung die Möglichkeit derselben verneint hatte. Der Verfasser weist an der Hand der Literatur und eines eigenen von Erfolg gekrönten Falles nach, daſs diese Annahme nicht zu Recht besteht.

Gunsett-Straſsburg.

Die Therapie an den Berliner Universitätskliniken, von W. Croner. (Fünfte Auflage, Berlin 1911, Urban & Schwarzenberg.) Das in weiten Kreisen bekannte Buch, das eine vollständige therapeutische Enzyklopädie in kompendiösem Maſsstabe enthält, ist nunmehr in fünfter Auflage erschienen. Ohne an Umfang vermehrt zu werden, ist es den neuen Fortschritten der Therapie angepaſst. Insbesondere ist ihm ein kurzer Abschnitt über die Salvarsantherapie beigefügt. Letzterer ist von G. Arndt verfaſst und enthält die Anwendung des Salvarsan, wie sie zurzeit in der Berliner Universitätsklinik für Hautkrankheiten gehandhabt wird. (Methode Alt und nach Taege - Duhot.) „Intravenöse Injektionen, deren Vorteil in der Schmerzlosigkeit, der Intensität der Arsenwirkung, deren Nachteil in der schnellen Ausscheidung des direkt in die Blutbahn eingeführten Mittels beruht, werden nicht angewandt."

Gunsett-Straſsburg.

Leitfäden der praktischen Medizin. Band 2. Haut- und Geschlechtskrankheiten, von Felix Pinkus. (Leipzig 1910, Werner Klinkhardt.) Der Verlag hat sich zur Aufgabe gesetzt, in kurzen Leitfäden in konzentrierter Fassung dem

Ärzte die verschiedensten Spezialgebiete zugänglich zu machen. Wollte man für ein derartiges Studium nicht die großen Lehrbücher zur Hand nehmen, so blieben bisher für diesen Zweck nur die Repetitorien übrig, welche aber in keiner Weise ein genaueres Eindringen in den Gegenstand gestatteten. Diese Lücke sollte durch die neu erscheinenden Leitfäden ausgefüllt werden. Die einzelnen Themata wurden fast ausschließlich Berliner Dozenten übertragen und damit der Nebenzweck verfolgt, darzustellen, „was gegenwärtig in Berlin als der größten medizinischen Fakultät Deutschlands, die dank ihrer großen Institute, sowie dem reichen Krankenmaterial eine gewisse Sonderstellung einnimmt, gelehrt wird". Die Bearbeitung der Haut- und Geschlechtskrankheiten wurde von Pinkus übernommen und im Sinne des Verlags mit gutem Erfolg durchgeführt. Der Autor mußte sich bemühen, den ganzen Stoff unter Weglassung alles Nebensächlichen in möglichst reduzierter, aber doch präziser und klarer Form darzustellen. Es gelang ihm dies dadurch, daß er das Schwergewicht auf eine leicht faßliche Anleitung zur Diagnosen- und Indikationsstellung sowie ihr angepaßten, einfachen Therapie legte. Dabei unterließ er es aber nicht, wo es nötig war, die Ätiologie und mikroskopische Anatomie in eingehender Weise zu berücksichtigen. Beinahe jeder Erkrankung ist ein höchst instruktives mikroskopisches Bild beigegeben, das, in nicht zu schematischer Weise gehalten, dem Leser das Verständnis des histologischen Vorgangs erleichtert und im Gedächtnis fixiert. Auch die Geschlechtskrankheiten sind mit Sorgfalt und in Berücksichtigung aller modernen Fortschritte behandelt. Ein Anhang ist dem Salvarsan gewidmet, der mit erfreulicher Objektivität geschrieben ist. Das Buch wird sich bald im Kreise der praktischen Ärzte und Studierenden, für die es ja vor allem verfaßt ist, einbürgern. *Gunsett-Straßburg.*

Lehrbuch der Urologie mit Einschluß der männlichen Sexualerkankungen, von Leopold Casper-Berlin. Zweite, neubearbeitete und vermehrte Auflage. Mit 221 teils farbigen Abbildungen. (Urban & Schwarzenberg, Berlin und Wien, 1910.) 575 Seiten. ℳ 15.—. In den sieben Jahren seit dem Erscheinen der ersten Auflage des Casperschen Lehrbuches hat die Entwicklung der urologischen Wissenschaft enorme Fortschritte gemacht; sie hat sich in erster Linie vertieft und eine stabile Basis gewonnen, „von der aus die Errungenschaften der letzten Jahrzehnte zu beurteilen sind, und auf der sich weitere Fortschritte aufbauen können." Es ist nicht zum wenigsten Caspers eigenes Verdienst, durch seine grundlegenden Arbeiten zu diesem Ziele beigetragen zu haben; er sagt darum in seinem Vorworte selbst: „Sollte hier und da, wie z. B. bei der Nierendiagnostik, die persönliche Note etwas stärker hervorgucken, so wird das aus der besonderen Vorliebe für dieses mein eigenstes Forschungsgebiet verständlich." Mit Recht weist Casper darauf hin, daß die Beherrschung der modernen Untersuchungsmethoden für den weiteren Ausbau der Diagnostik und Therapie der Nierenkrankheiten unerläßlich ist, und hat darum die Besprechung der sogenannten inneren Nierenkrankheiten schon in die erste Auflage mit aufgenommen und in dieser zweiten derselben einen noch breiteren Raum gewährt. Dabei leiden andere Teile des Werkes in keiner Weise; die Materie, die alle Erkrankungen aller Teile des Urogenitaltraktes in gleicher Weise berücksichtigt, ist in einer Vollständigkeit bearbeitet, daß nirgendwo das Gefühl eines Mangels sich geltend macht. Dazu trägt in erster Reihe der bei aller Kürze klare und prägnante Stil bei, der es erlaubt, in wenigen Sätzen das zum Ausdruck zu bringen, was die gegenwärtige Beurteilung irgendeines Punktes begründet; ich erinnere hier beispielsweise an die Prognose des Trippers, an die Steindiagnose mittels Röntgenstrahlen usw.

Sehr gut ist auch die Ausstattung des Werkes zu nennen. Einer Empfehlung bedarf ein solches Buch nicht. Daß es in die Hand jedes Arztes, nicht nur des Spezialisten gehört, geht aus dem Inhalte hervor. *W. Lehmann-Stettin.*

Enzyklopädie der mikroskopischen Technik. In Verbindung mit zahlreichen Autoren herausgegeben von Paul Ehrlich - Frankfurt a. M., Rudolf Krause - Berlin, Max Mosse-Berlin, Heinrich Rosin-Berlin und Karl Weigert-Frankfurt a. M. Zweite, vermehrte und verbesserte Auflage. I. Band: A—K, mit 56 Abbildungen. II. Band: L—Z und Autorenregister mit 111 Abildungen. 800 bzw. 680 Seiten. Komplett ℳ 50.—. (Urban & Schwarzenberg, Berlin und Wien, 1910.) Vor sieben Jahren trat das Werk als erste umfassende Darstellung des Gesamtgebietes der tierischen und pflanzlichen Mikrotechnik an die Öffentlichkeit. Die Aufnahme und allseitige Anerkennung, die die Enzyklopädie gefunden, haben eine zweite Auflage erlaubt, die nötig geworden war durch Änderungen und weiteren Ausbau ganzer Kapitel, wie sie die Fortschritte der Wissenschaft gerade in den letzten Jahren bedingten.

Die Reichhaltigkeit und Vollständigkeit des Werkes ist eine erstaunliche; es gibt wohl kein in der mikroskopischen Technik verwendetes Instrument, keine chemische Substanz, sei sie auch nur einmal von einem Autor zu irgendeinem Zwecke verwendet worden, über die das Nachschlagewerke nicht die prompteste Auskunft geben würde. In weit höherem Maſse gilt dies von der Mikroorganismenlehre, von histologischen und biologischen Befunden, die uns die Mikrotechnik erschlieſst. Besonders brauchbar wird das Werk durch die auſserordentlich vermehrte Zahl von Stichworten und Hinweisen, deren geschickter Sperrdruck das Aufsuchen wesentlich erleichtert.

Auf Einzelheiten kann man in einer kurzen Besprechung eines solch groſs angelegten Werkes nicht eingehen. Es ist sicher, daſs die neue Auflage die gleich gute Aufnahme wie die erste finden und sich zahlreiche neue Freunde erwerben wird.

W. Lehmann-Stettin.

Endoskopie der gesunden und kranken Urethra. Endoskopische Diagnose und Therapie, von H. Wossidlo - Berlin. (Handbuch der Geschlechtskrankheiten. A. Hölder, Wien und Leipzig, 1910.) In dem im Erscheinen begriffenen Handbuche von Finger, Jadassohn, Ehrmann und Grosz hat Wossidlo das Kapitel Urethroskopie abzuhandeln und wird dieser Aufgabe in einer Monographie von etwa 65 Seiten in auſserordentlich lesenswerter Weise gerecht. Dem Charakter des Handbuches entsprechend beginnt die Arbeit mit einem historischen Rückblick auf die Entwicklung des endoskopischen Verfahrens und des dazu gehörigen Instrumentariums, das durch eine gröſsere Anzahl Abbildungen veranschaulicht wird. Die Methoden der Untersuchung und die Deutung der Befunde werden in treffender Weise klargelegt, so daſs daraus ohne weiteres der Wert des Verfahrens für die Diagnose und damit für das therapeutische Vorgehen erhellt, ohne daſs die Endoskopie als eine Untersuchungsmethode hingestellt würde, die für sich bestehen oder der anderen Untersuchungsmethoden entraten kann. Daſs Verfasser auf die Wiedergabe endoskopischer Bilder (auch bei der Darstellung der Goldschmidtschen Irrigationsendoskopie der hinteren Harnröhre) verzichtet hat, hat manches für sich: die Bilder sind doch meist etwas schematisiert und geben darum die tatsächlichen Verhältnisse nicht ganz wieder; immerhin pflegt ihre Wirkung eine sehr instruktive zu sein und dem Anfänger das Verständnis zu erleichtern. *W. Lehmann-Stettin.*

Handbuch der Geschlechtskrankheiten, von E. Finger - Wien, J. Jadassohn-Bern, S. Ehrmann - Wien und S. Grosz - Wien. (Alfred Hölder, Wien und Leipzig.) II. Lieferung. Die Lieferung enthält die Arbeit von G. Scherber über Balanitis, Condyloma acuminatum; Molluscum contagiosum; Herpes genitalis. Ferner von Ehrmann: Phimose, Paraphimose; und von J. Jadassohn: Blennorrhoe; Ätiologie und allgemeine Pathologie — den letzten Artikel nur zum Teil.

Ein Teil des Scherberschen Artikels über Balanitis war bereits in der ersten Lieferung enthalten; im zweiten Teil berücksichtigt er die diathetischen Balanitiden

und die Entzündungen des Vorhautsackes als Teilerscheinung von exanthematischen Allgemeinerkrankungen des Organismus. Eingehend widmet er sich der Bakteriologie und Histologie des Prozesses und belegt diese mit Abbildungen.

Warum er den veralteten Ausdruck „spitzes Condylom“ aus den zahlreichen mitgeteilten Synonymen gewählt und als Überschrift seiner Arbeit über das Papillom vorangestellt hat, erscheint unerfindlich. Auf die Ätiologie (Dreyers Spirochätenbefunde) wird in dem kurzen Absatze nicht eingegangen.

Noch kürzer wird das Molluscum contagiosum mit seinen interessanten Problemen abgetan, und auch beim Herpes, der sich hier auf den in der Genitalregion vorkommenden beschränken mufs, wird die allgemeine Herpesfrage nur gestreift.

Durch gute Abbildungen illustriert ist der Artikel von Ehrmann, der besonders dem therapeutischen bzw. operativen Teil Rechnung trägt. Dafür ist hier das Literaturverzeichnis, das bei den übrigen Arbeiten aufserordentlich reichhaltig ist, etwas kurz weggekommen — nicht zum Schaden der sehr präzis geschriebenen Skizze.

Mit gewohnter Gründlichkeit und Vollständigkeit widmet sich Jadassohn dem Kapitel „Blennorrhoe“: Färbung, Züchtung und Biologie der Gonokokken, Gonotoxine usw., werden in mustergültiger Weise abgehandelt, auch die Wrightsche Theorie hierbei gestreift. Die allgemeine Pathologie und Histologie der Blennorrhoe bricht mit den Kapiteln „Infektionswege“ und „Inkubationszeit“ ab.

W. Lehmann-Stettin.

Praktische Ergebnisse auf dem Gebiete der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Erster Jahrgang. Herausgegeben von A. Jesionek. (J. F. Bergmann, Wiesbaden, 1910.) Mit dem vorliegenden Sammelwerk will J. aus der Fülle der Literatur die praktischen Ergebnisse der Forschung in unserem Fachgebiet wiedergeben durch zusammenfassende und in sich abgeschlossene Besprechungen. In diesen spiegelt sich naturgemäfs die Stellung wieder, welche die Referenten der einzelnen Kapitel auf Grund eigener Erfahrung und subjektiven Anschauungen einnehmen. H. Hübner-Marburg hat den Abschnitt Blennorrhoe behandelt, E. Meirowsky-Cöln die Entwicklung und den gegenwärtigen Stand der Röntgen- und Radiumtherapie bearbeitet. Über die Arseniktherapie berichtet Leo Hauck-Erlangen, über die allgemeine Therapie der Hautkrankheiten P. Linser - Tübingen. Die Kapitel: „Die toxischen (Arznei-) Exantheme“ und „Die Beziehungen der Hautkrankheiten zu Krankheiten anderer Organe“ haben in Leo von Zumbusch-Wien ihren Referenten gefunden. A. Jesionek hat sich den Überblick über die Ergebnisse der Wassermann-, A. Neisser-, Brucksсhen-Reaktion im Jahre 1909 zum Referat vorbehalten. Über die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten berichtet Friedrich Siebert-München, über die leukämischen Erkrankungen der Haut S. Bettmann-Heidelberg, über das Ekzem (1900/01 bis 1909/10) E. Riecke-Leipig.

Schourp-Danzig.

Mitteilungen aus der Literatur.

Lokale Infektionskrankheiten.

b. *Cutis.*

Ein Fall von Dermato-Myositis mit Ausgang in Genesung, von N. C. Gloyun und W. Gordon-Exeter. (*Lancet.* 23. Juli 1910.) Soweit Verfasser haben feststellen können, sind von dieser zuerst von Wagner-Leipzig (1887) und Hepp-Strafsburg beschriebenen schweren Krankheitsform erst einige 30 Fälle in der Literatur

verzeichnet. Der hier mitgeteilte Fall betraf einen 50jährigen Offizier, der aus Indien wegen gewisser, seit etwa zwei Jahren bestehenden rheumatischen und gastrischen Störungen nach England zurückgekehrt war. Das erste Anzeichen der Erkrankung war eine Anschwellung und Steifigkeit des einen Fuſsgelenks, was auf Überanstrengung bei dem allzueifrig betriebenen Angelsport geschoben wurde. Im weiteren Verlauf des sich über mehr als fünf Monate hinziehenden und zeitweilig äuſserst bedrohlichen Leidens waren seitens der Haut folgende Erscheinungen zu konstatieren: diffuse hochgradige Ödeme, schmutzig tiefrote Verfärbung der Haut auf der Brust, der Schulterblattgegend, ferner die Entwicklung von dunkelroten, druckempfindlichen Knötchen wie bei Erythema nodosum an verschiedenen Stellen, dauernde hyperämische Verfärbung am Gesicht und hämorrhagisch aussehende Flecke in gröſserer Ausdehnung an verschiedenen Körperstellen. Das wesentliche, das Krankheitsbild beherrschende Symptom war aber die weit verbreitete Muskelatrophie neben hochgradigem Ödem. Zeitweilig war auch die Mundschleimhaut und der Kehlkopf affiziert. Die Behandlung war hauptsächlich auf eine Desinfektion des Gastro-Intestinaltractus gerichtet, unter Berücksichtigung der symptomatischen Indikationen. Die auf eine Feststellung der Ätiologie gerichteten Untersuchungen fielen negativ aus.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Über Pyodermie Neugeborener, von L. Bauer-Budapest. (*Gyógyászat.* 1910. Nr. 32.) Verfasser faſst seine Wahrnehmungen in folgendem zusammen: 1. In erster Reihe muſs nach der Ätiologie des Leidens geforscht werden. In einem kleinen Teil der Fälle kann das Leiden auf exogenen, in dem gröſseren Teile auf endogenen Ursprung zurückgeführt werden. 2. Exogenen Ursprungs ist die Pyodermie in dem Falle, wenn a) der Weg, bzw. der Ursprung der Infektion nachgewiesen werden kann und b) kein anderer Stützpunkt entdeckt werden kann, der das Leiden auf endogenen Ursprung zurückführen läſst. 3. Die Grundursache der Pyodermien endogenen Ursprungs ist entweder a) die durch Hypogalaxie verursachte Inanition oder b) die Überfütterung, oder c) alimentäre Störungen, namentlich Intoxicatio alimentaris, oder alimentäre Dekomposition. Gegebenenfalls wird man durch Symptome, die für einzelne Leiden charakteristisch sind, über die nähere Natur des Prozesses aufgeklärt. In dem Falle, wenn man für endogenen Ursprung keinen gehörigen Stützpunkt finden kann, kann man an exogene Infektion denken. 4. Bei der Diagnose von Pyodermien endogenen Ursprungs muſs man mit groſser Umsicht vorgehen, um die wirkliche Ursache des Leidens feststellen zu können, da man nach der richtigen Klärung des Grundleidens mit einer entsprechenden Therapie ein rasches Resultat erzielen kann, während die auf unrichtiger Basis eingeleitete Therapie natürlich zum entgegengesetzten Resultat führt. 5. Die Therapie der Pyodermien muſs sich demnach nach der Natur des Grundleidens richten. Es ist um so wichtiger das Grundleiden zu kennen, weil bei Beachtung dessen der Erfolg der Behandlung sozusagen sicher gestellt ist, aber falls es nicht gelingt, oder man fehl geht, eine langanhaltende und in der Mehrheit der Fälle doch erfolglose Behandlung nach sich zieht. *Porosz-Budapest.*

Über einen Fall von Dermatitis erythematosa chronica papulo-nodularis generalisata, auffallend durch die figürliche Verteilung der Effloreszenzen, von Verrotti. (*Giorn. internat. delle science med.* 1910. Heft 14.) Der Fall (18jähriges Mädchen), den Verfasser wegen des negativen Ausfalls der bakteriologischen Untersuchung des Blutes und Gewebes als Toxicodermie auffaſst, auch wegen der endothelialen Veränderungen der Kapillaren, ist ausgezeichnet durch die symmetrische Anordnung der Erythemstellen und die lange Dauer des Bestehens, anderthalb Jahre.

Haas-Hamburg.

Ein Fall von chronischer, juckender Knötcheneruption in der Achselhöhle, in der Schamgegend und an der Brust, von MARCUS HAASE-Memphis, Tenn. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 56. Nr. 3.) Fall von Lichenifikation bei einem 21 jährigen, anämischen und neurasthenischen Weibe. *Schourp-Danzig.*

Über Gangrän nach Lokalanästhesie, von HANS SIEGERT. (Inaug.-Dissert. Berlin 1910.) *Fritz Loeb-München.*

Über spontane Gangrän bei Jugendlichen, von SCHMIZ-Saarbrücken. (*Med. Klinik.* 1910. Nr. 19.) Der Fall betraf einen 22 jährigen Soldaten, ist somit der jüngste bisher bekannte. Die WASSERMANNsche Reaktion fiel negativ aus. Es mufste der betreffende Fufs amputiert werden. Die Ätiologie wird an der Hand der Literatur eingehend besprochen, in diesem Falle war sie unklar. *Arthur Schucht-Danzig.*

Über Noma, von MARCEL BREUER. (*Arch. de méd. des enfants.* Sept. 1910.) Der Verfasser hat Gelegenhat gehabt bei einem $2^1/_2$ jährigen Kinde einen Fall von Noma eingehend zu beobachten und auch bakteriologische Untersuchungen anzustellen. Die Krankheit begann mit Schmerzen im Munde, es erschien eine rote Stelle an der Oberlippe, welche sich beiderseitig ausbreitete und in kurzer Zeit sich in eine ausgebreitete Gangrän der Teile verwandelte. Das Zahnfleisch in der Gegend der Schneidezähne war schwarz, gangränös, die Zähne fielen aus, und auch die Zunge zeigte an ihrer vorderen Fläche eine brandige Stelle. Nach acht Tagen, als das Kind starb, hatte die Nekrose die ganze Oberlippe und den unteren Teil der Nase befallen.

In den Strichpräparaten, welche aus den nekrotischen Teilen gemacht wurden, fand man zahlreiche Mikroorganismen, aber hauptsächlich einen dicken Bacillus, welcher grofse Ähnlichkeit mit dem von SCHIMMELBUSCH 1889 bei derselben Krankheit beschriebenen darbot. Derselbe hatte abgerundete Ecken, war leicht gebogen, färbte sich gut mit Toluidinblau und Gentianaviolett und entfärbte sich mit GRAMscher Lösung. Im Blute war der Bacillus nicht zu finden und ein nekrotisches Gewebestückchen, unter die Bauchhaut eines Kaninchens gebracht, rief eine von einer braunen Kruste bedeckte Verhärtung hervor, aber keinen Abscefs, was auch mit den Ergebnissen anderer Forscher übereinstimmt.

Ob der beschriebene Bacillus der Erreger der Krankheit ist, kann noch nicht bestimmt gesagt werden, und möglicherweise handelt es sich bei derselben um eine Bazillenassoziation, die sich auf einem durch vorhergehende Krankheit geschwächten Organismus entwickelt und zur beschriebenen Nekrose führt. *E. Toff-Braila.*

Eine Noma-Epidemie, von H. NEUHOF-New York. (*Amer. Journ. med. scienc.* Mai 1910.) Diese Serie umfafst acht Fälle von sicherer und drei von zweifelhafter Noma-Erkrankung, welche in einem gut eingerichteten und hygienisch einwandfreien Kinderhospital in New York im Anschlufs an Masern sich entwickelte und bei fünf Kindern zum Tode führte. In dem Institut waren vorher im Laufe von 14 Jahren nur drei isolierte Fälle zu verschiedenen Zeiten vorgekommen. Die Entstehung des gegenwärtigen Ausbruchs konnte nicht erklärt werden; bei 25 % der Masernkranken war trotz spezieller Vorsichtsmafsregeln Stomatitis aufgetreten, und die meisten Nomafälle entstanden als Folgekrankheit dieser Affektion, wenn auch jene jedenfalls nicht als eine einfache Steigerung der leichteren Erkrankung aufgefafst werden darf. Die PERTHESsche Streptothrix wurde bei sieben Fällen demonstriert, und beim achten tödlich verlaufenen Fall konnte die Diagnose als durchaus gesichert gelten. Zur Behandlung empfiehlt N. möglichst frühzeitiges Kauterisieren mit dem Brennstifte, sobald durch den Nachweis der Mikrobien die Diagnose gesichert ist. Das Narkotisieren ist dabei unnötig und sogar wegen der drohenden Gefahr einer septischen Pneumonie kontraindiziert. Sobald die Affektion ins ulcerative Stadium übergegangen ist, soll die Behandlung möglichst konservativ sein. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Fälle von Blastomykose, von ALLEN J. SMITH-Pennsylvania. (*Univ. of Penna. Med. Bulletin.* 22. März 1910.) Kasuistik. *Schourp-Danzig.*

Lichen planus, von CHARLES A. KINCH - New York. (*New York med. Journ.* 30. Juli 1910.) Lichen planus ist eine akute und zuweilen auch chronisch werdende Hautaffektion, charakterisiert durch hirsekorngrofse, flache oder im Zentrum leicht eingedrückte, hellrote, glänzende Papelchen. An den Unterextremitäten können die Plaques die Gröfse eines Fingernagels bis zu einem Markstück annehmen, sind mit weifslichen Schuppen bedeckt und von tieflila oder violetter Farbe. Die gewöhnlichste Stelle der Eruption ist die Vorderfläche des Vorderarms, sie befällt aber auch die Lendengegend und die Waden, ist stets von Jucken begleitet, aber niemals feucht oder zu Bläschen oder Pusteln führend. Schleimhäute und deren Übergangsstellen zur Haut sind oft befallen; im Munde erscheint die Affektion als weifslich unregelmäfsige Plaques oder Gruppen von Papeln. Lichen planus ist zu unterscheiden von Psoriasis, chronischem Ekzema, Lichen ruber und den syphilitischen Sekundäreruptionen. WILSON hat Lichen planus im Verhältnis von 51 Fällen auf 10000 aller Hautkrankheiten festgestellt, nach der Statistik der amerikanischen Dermatologenvereinigung kommt er auf 46—50 von 10000 Hautfällen. Die Therapie des Lichen ist eine sehr einfache: dem vielfach angewandten Arsenik macht K. zum Vorwurf, dafs es zu langsam wirke und einem lange fortgesetzten Gebrauche Pigmentierung folge. Bei kräftigen und noch nicht irgendwie geschwächten Personen ist die Anwendung oxydierender Mittel von raschem Erfolg begleitet und die nun (nach BOECK) vereinfachte Methode ist die Darreichung von Acid. nitr. dilut. oder Acid. hydrochlor. dilut., je nach den Mahlzeiten zu geben; auch Quecksilberprotojodid, in Dosen von 15 mg dreimal täglich, soll vorzügliche Resultate geben. Lichen planus ist niemals tödlich, sowie Lichen ruber, viele Fälle werden schlechter trotz Behandlung, andere kommen zur Spontanheilung, viele dauern ein Jahr und länger (bis zu 25 und 26 Jahre nach BOECK und LAVERGUE). *Stern-München.*

Lichen planus sclerosus et atrophicus (HALLOPEAU), von OLIVER S. ORMSBY-Chicago. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 55. Nr. 11.) Mitteilung von sechs Fällen, welche alle Frauen im Alter von 30 bis 63 Jahren waren und sämtlich neurotische Veranlagung zeigten. In fünf der Fälle wurden mit Erfolg Röntgenbestrahlungen vorgenommen. *Schourp-Danzig.*

Lichen planus obtusus (UNNA), von DEFINE. (*Giornal. internat. delle scienze med.* 1910. Heft 12.) Der Lichen planus obtusus (UNNA), eine Varietät des Lichen WILSON, zeigt histologisch dasselbe Bild wie dieser. Die nach Resorption der Papel zurückbleibende Pigmentierung ist keine Folge der Arsenmedikation, denn in dem veröffentlichten Falle ist es nie gebraucht worden. Ätiologie, Verheilung der Efflorescenzen, Heilmodus, Status neuropaticus des Kranken sprechen für die im allgemeinen für den Lichen planus angenommene nervöse Theorie. Hydrotherapie, speziell kalte Bäder von gutem Erfolg. Experimentelle und bakteriologische Untersuchungen sprechen gegen die infektiöse Natur des Lichen obtusus. *Haas-Hamburg.*

Initialaffekte von Sporotrichose durch Rattenbifs, von JEANSELME und CHEVALLIER. (*Bull. méd.* 1910. Nr. 62.) Eine Krankenpflegerin wurde von einer mit Sporotrichose geimpften Ratte in die Daumen gebissen. Es entstanden circumskripte indolente Knoten, die schliefslich oberflächliche, von zähem Eiter bedeckte Ulcerationen zeigten. Kulturell wurde Sporotrichon Jeanselmi, mit dem die Ratte infiziert war, nachgewiesen. Auf Jodbehandlung gingen die Erscheinungen rasch zurück. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Über eine Laboratoriumsinfektion mit dem Sporotrichum de Beurmanni, von H. FIELITZ-Berlin. Mit 1 Tafel und 2 Figuren. (*Centralbl. f. Bakter.* Bd. 55,

Heft 5.) F. berichtet über eine solche Infektion, die er sich wahrscheinlich bei Tierimpfungen, bei der Sektion sporotrichosekranker Tiere oder bei Sporoagglutinationsversuchen zugezogen habe und die sich in einem etwa pfennigstückgrofsen, flachen, rundlichem begrenzten, an der Beuge- und Ulnarseite des rechten Vorderarms sitzenden Geschwür, Schwellung der Cubitaldrüsen und der nächsten Lymphstränge äufserte. Allgemeinbefinden in keiner Weise gestört. Durch Reinkultur aus dem serösen Sekret und abgekratztem Gewebe auf Sabouraudschen Maltoseagarröhrchen wurden reichlich Kolonien von Sporotrichum Beurmanni gewonnen, ebenso wie direkte Untersuchung des serösen Geschwürsekrets Gebilde zeigte, die als Mycelfäden des Sporotrichum Beurmannii aufzufassen seien. Jodbehandlung, anfangs Jodkalium (dreimal täglich 0,2 g), später Sajodin (2, dann 3 g täglich, 1½ Monate hindurch) brachte das Geschwür nebst Komplikationen zu vollständiger Heilung. F. stellte auch mit aus den angegebenen Veränderungen gewonnenem Material Tierversuche (an zwei männlichen Ratten) an und konnte aus den Organen der geimpften Tiere wieder Sporotrichon-Reinkulturen züchten; histologische Veränderungen fanden sich nur in den Lungen beider Tiere und in den Drüsen, besonders des Mesenteriums, deren Färbung (in Schnitten und anderen Präparaten) einen grofsen Formenreichtum der Sporotrichum-Elemente annehmen liefsen. *Stern-München.*

Sporotrichosis, von Richard L. Sutton-Kansas City. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 55. Nr. 12.) Fall einer 30jährigen Frau. *Schourp-Danzig.*

Nichterkannte Sporotrichose durch zwei Jahre behandelt, von Danlos und Flandin. (*Bull. méd.* 1910. Heft 20.) Eine Frau, die durch zwei Jahre intern und chirurgisch behandelt worden war und durch Jodkalium rapid gebessert wurde. Von den angewandten diagnostischen Hilfsmitteln (Kultur, Agglutination usw.) ergab die Dermoreaktion das rascheste Resultat. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Die Sporotrichosis (Beurmannsche Krankheit), von Perkel. (*Wratscheskaja Gaseta.* 1910. Nr. 34 u. 35.) Verfasser gibt unter Benutzung der in der Literatur veröffentlichten Fälle von Sporotrichosis ein Bild dieser Krankheit.
Arthur Jordan-Moskau.

Menschliche Sporotrichose infolge von Inokulation, von de Beurmann und Louis Ramond. (*Presse méd.* 1910. Nr. 55.) Die Autoren fassen in dieser Arbeit die bis jetzt bekannten fünf Fälle von zufälliger Inokulation von Sporotrichose zusammen. In einem Falle (Gougerot) geschah die Inokulation durch Schnitt mit einem mit Sporotrichoseeiter besudelten Messer, in einem zweiten durch Kratzen einer Hautexkoriation mit infizierten Fingernägeln (Bertin und Bruyant), in einem dritten kam septischer Eiter in eine Operationswunde (de Beurmann und Ramond), in einem vierten wurde zufällig eine virulente Kultur ins Auge gespritzt (Attilio Fava) und im fünften handelte es sich um eine ungewollte Inokulation einer Reinkultur in die Haut.
Gunsett-Strafsburg.

Sporotrichosis gummosa des Arms durch zufällige Inokulation im Laboratorium, von Bertin und Bruyant-Lille. (*Presse méd.* 1910. Nr. 38.) Der Fall zeigt keine Besonderheiten. Es wurde sowohl die Sporoagglutination nach Widal und Abrami als die Komplementbindungsreaktion und die Intradermoreaktion vorgenommen, die alle positiv ausfielen. Die Cutireaktion hingegen war negativ.
Gunsett-Strafsburg.

Zwei Fälle von fieberlosem Erysipel, von W. C. Macaulay. (*Brit. med. Journ.* 26. Febr. 1910.) Der eine Fall betraf einen 58jährigen Gichtiker mit Glykosurie. Die Infektion ging von der grofsen Zehe aus, an der Patient sich selbst ein Hühnerauge beschnitten hatte. Die bakteriologische Untersuchung des Blutes aus dem Entzündungsgebiet fiel allerdings negativ aus. Patient ging unter zeitweilig heftigen Delirien zu-

grunde. Der andere Fall betraf ein Kind von drei Wochen. Der Ausgangspunkt war das Ohr; vielleicht war eine Otititis media das Primäre. Das Vorhandensein von Erysipelstreptokokken wurde bakteriologisch festgestellt.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Erysipel und Peritonitis, von VALLAS. (*Lyon méd.* 1910. Nr. 41.) Der Verfasser bespricht drei Fälle, wo bei Personen, die sich in der Umgebung einer Peritonitiskranken befanden, Erysipel konstatiert wurde. Er nimmt einen ätiologischen Zusammenhang zwischen beiden Erkrankungen an, ohne aber erklären zu können, wie die Übertragung der Streptokokken vom Erysipelkranken auf bisher vollkommen gesunde Personen vor sich ging, um bei diesen, ohne alle anderen Symptome, eine Peritonitis zu verursachen. *Gunsett-Straſsburg.*

Die Herzstörungen beim Erysipel: Die akuten Herzdilatationen, von P. TEISSIER. (*Semaine méd.* 1910. Nr. 2.) Der Autor hält die Fälle von Erysipel mit funktioneller Insuffizenz des Myocards für viel weniger selten als gemeinhin angenommen wird. Er fand sie unter 350 Fällen 44 mal und zwar war das rechte Herz viel häufiger betroffen als das linke. Es handelte sich jedesmal um eine perkutorisch nachweisbare, oft sehr beträchtliche Erweiterung der Ventrikel, die gewöhnlich bei der Entfieberung wieder verschwand. Ätiologisch glaubt er, daſs es sich um eine Toxinwirkung handelt. *Gunsett-Straſsburg.*

Zur Behandlung des Erysipels mit Serum antidiphtericum, von BARANNIKOW. (*Russki Wratsch.* 1910. Nr. 30.) In zwei Fällen von schwerer Rose bei kleinen Kindern, das eine war zwei Monate alt, das andere war 1½ Monate alt, erzielte Verfasser durch eine Injektion von 2000 Einheiten antidiphterischen Serums in dem einen Fall Genesung, in dem andern Besserung. Letzteres Kind starb später an subcutanen Blutungen. *Arthur Jordan-Moskau.*

Die Erysipeltherapie, von WILHELM BERNHEIM. (Inaug.-Dissert. Rostock 1909.)

Fritz Loeb-München.

Über Erysipelbehandlung, von GRETE EHRENBERG. (Inaug.-Dissert. Bonn 1909.) Verfasserin gibt einen guten Überblick über die Geschichte der Behandlung der Rose: innerliche, mechanische, am Ort der Entzündung applizierte, durch Licht wirkende und Serumtherapie. Was zunächst die innerliche Behandlung betrifft, so hat PIROGOFF die Kampferbehandlung eingeführt, BELL wandte in England Liquor ferri sesquichloricum in Verbindung mit Spirit. aether. an (Tintura nervina BESTUCHEFF); es sollte dadurch die Diurese angeregt werden. Aus dem gleichen Grund gab man Kal. jodat. und Ol. terebinth. BZISTOWICZ empfahl frische Bierhefe, KRACZINSKI Chinin, FEDULOW Hefeenzym. Dazu kommt das ganze Heer der symptomatisch gegebenen Präparate.

Die mechanisch-chemische Heilmethode nimmt weitaus den gröſsten Raum ein in der Erysipeltherapie. Es wird eingerieben, gestichelt, injiziert, skarifiziert, umzäumt, besprayt, bepudert, komprimiert, gestaut, gepflastert und mit Umschlägen behandelt. Eingeleitet wurde die mechanische Behandlungsmethode mit der Umgrenzung des entzündlichen Gebietes mit Arg. nitr. als Stift oder in konzentrierter Lösung. HUETER schlug Einreibungen vor mit Pix liquida, LÜCKE mit gereinigtem Terpentinöl. FEHLEISEN bekämpfte die Streptokokken; desgleichen HUETER mit Einspritzungen von 3% Karbolsäurelösung. KÜSTER schlägt 1‰ Sublimatinjektionen vor. KRASKE macht 2,5% Karbolumschläge nach Stichelungen. GLUCK macht zahlreiche Schnitte in die affizierten Gebiete und streicht 60% Ichthyolsalbe oder Lösung auf. RIEDEL legt in Narkose 6—8 cm lange Schnitte und darauf 1‰ Sublimatumschläge. Auch FRIEDRICH empfiehlt eine groſse Anzahl parallel die Cutis durchsetzende Schnitte. In der allgemeinen Praxis sind diese

blutigen Methoden ohne Sympathie geblieben. Mildere Mittel wurden vorgezogen. So von Wölfler feste Umschnürung der Entzündung mit Heftpflasterstreifen und eventuell leichte Skarifizierung. Dieser Autor sah von seiner Methode günstige Erfolge, die aber von Lenhartz nicht bestätigt werden konnten. Franke umwickelt mit drei schmalem Heftpflasterstreifen so fest, daſs eine tiefe Furche entsteht. Kopferysipel zäunt er mit Kollodium ein und verwendet auſserdem Ichthyolsalbe (Kollodium darf aber mit Ichthyol nicht in Berührung kommen). Kroell verwendet statt des Heftpflasterstreifens eine elastische Gummibinde. Niehaus ersetzt Streifen und Binde durch ringförmige Kollodiumpinselungen. Hochhaus wandte mit Erfolg die Biersche Stauung an. Auch das permanente Bad gehört in das Gebiet der Stauung. Taegubow hat ein bulgarisches Hausmittel empfohlen, das darin besteht, daſs über der erkrankten Haut ein mit Spiritus getränktes, angezündetes und mit einer Pinzette gefaſstes Stück Watte im Abstand von 1 cm geführt wird. Es entsteht eine Verbrennung ersten Grades. Heilung soll bei zwei- bis dreimaliger täglicher Anwendung in ein bis zwei Tagen erzielt werden. Landau läſst die erkrankten Partien in Ölwatte einwickeln und dazu Thymolbäder geben. Ablen empfiehlt 25% Ichthyol-Kollodiumlösung, Barwell Ölfarbenanstrich, Otto das Firnissen, Laplace empfiehlt Applikation von Antisepticis in saurer Lösung. Desesquelle sah gute Erfolge von Ol. camph. 30,0, Guaj. christ. 1,0, Menth. 1,0. Feldmann rühmt tägliche Einreibung mit Arg. colloidale, Pantz lobt das Mesotan, Gallois schlägt ein aus Agar-Agar gewonnenes antiseptisches Gelatinepräparat vor, das er auf die betroffene Hautpartie pinselt: Gelose 1,0, Sublimat. corrosiv., Acid. tartaric. āā 0,1, Aq. dest. 100,0. Dematteis behandelt mit Ung. hydrarg. cin. und Vaseline im Verhältniss 1:2, das er nur auf die erkrankten Partien bringt. Rheins bringt ein altes Mittel der früheren Militärpharmakopoe wieder in Erinnerung: eine Mischung von Tonerde, Bleiweiſs und Mehl. Für Metakresolamytol tritt Neumann ein. Fessler hat mit Ichthyoleinreibungen gute Erfolge erzielt. Nachprüfungen waren nicht so erfolgreich. Lenhartz warnt sogar auf Grund von — allerdings nur zwei — Fällen davor. Köster schlägt vor, die ergriffenen Partien täglich zweimal mit Vaseline zu bestreichen und darüber Leinen zu binden. Auch Lenhartz hat ähnliche Erfahrungen gemacht und ist schlieſslich dahin gekommen, daſs er allen anderen Behandlungsmethoden Vaselineeinfettungen vorzieht. Noguera aber berichtet von vorzüglichen Erfolgen, die er bei Salicylsäureanwendung gesehen hat. Er verwendet ein Liniment: Acid. salicylic. 10,0, Glyzerin, Aq. Rosar. āā 50,0, das er alle 3—4 Stunden auf die gerötete Haut und ihre Umgebung bringen läſst. 1895 empfahl v. Langsdorf absoluten Alkohol in Form weiſser Leinwandumschläge mit Taffetbezug. Behrens lieſs dreimal täglich die affizierten Bezirke mit Alkohol abwaschen. Auch Thermophorkompressen sind empfohlen worden, weil sie Schmerzen lindern und Absceſsbildung verhüten sollen.

Die lichttherapeutischen Versuche wurden durch Finsen eingeleitet. Er führte in die Therapie das „rote Zimmer" ein. Krukenberg hat mit dieser Behandlungsmethode aber bessere Erfolge erzielt als der Erfinder selbst. Auch Gernsheim sah günstige Erfolge von dieser Art der Lichttherapie.

1896 inaugurierte Chantemesse die Serumbehandlung des Erysipel mit Antistreptokokkenserum, das Marmorek im Institut Pasteur dargestellt hatte. Er sah ein schnelles Schwinden aller Krankheitssymptome bei Anwendung des Marmorek-Serums. Lenhartz, Maldarescu und Pyrill Gray sehen von dieser Art der Serumbehandlung keine günstigen Erfolge. Casparie hatte mit Spronkschem Antistreptokokkenserum keinen deutlichen Erfolg auf den Verlauf der Rose

beobachtet, während JAMES McGILL einen Fall von Erysipel durch Antistreptokokkenserum zu schnellster, glatter Heilung bringen konnte. Verfasserin selbst sah bei drei Fällen von Anwendung des ARONSONschen Antistreptokokkenserum keine ermutigenden Erfolge. Versuche, das Erysipel durch Serum von Patienten, die die gleiche Krankheit durchgemacht haben, zu heilen, machten JEZ, WIEN und FORNACA. ARGHIR BABES sah gute Erfolge mit BEHRINGS Diphtherieserum. Desgleichen MASTRI. Keine positiven Erfolge mit dieser Behandlungsmethode erzielte CHIADINI.

Zum Schluß berichtet Verfasserin über die am Friedrich Wilhelm-Stift zu Bonn durch BOHLAND inaugurierte Behandlung mit der BINZschen Frostsalbe, die aus Chlorkalk als wirksamer Substanz und Paraffin als Constituens zusammengesetzt ist. Die Salbe hat nach der Originalvorschrift folgende Zusammensetzung: Rp. Calc. Chlor. 1,0, Ungt. Paraff. 9,0, M. F. Ungt. subtilissimum. D. in vitro fusco. Bei ihrer Applikation, täglich ein- bis zweimal, sind wir darauf bedacht, die Grenzen und die nächste, äußerlich noch nicht entzündete Umgebung, in der gerade die Kokken am zahlreichsten anzutreffen sind, energisch zu bestreichen, während wir auf die zentralen Bezirke die Salbe messerrückendick aufstreichen. Darauf wird das ganze Gesicht mit BILLROTH-Leinen bedeckt, das „fürs Gesicht in Form einer Maske zugeschnitten, mit Öffnungen für Augen, Nase und Mund versehen wird.“ Im ganzen wurden auf diese Weise elf Fälle behandelt, deren Krankengeschichten mitgeteilt werden. Diese Behandlung ergab gegen früher einen annehmbaren Forschritt.

Fritz Loeb-München.

Die Behandlung des Erysipels mit heißer Luft, von C. RITTER - Posen. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 21.) Die heilende Wirkung der arteriellen Hyperämie, als deren Hauptfaktor nach R.s Darlegung die Förderung der Resorption zu gelten hat, hat Verfasser bei nunmehr 19 Fällen von mehr oder minder schwerem Erysipel erprobt. Die ersten 5 Fälle wurden im Jahre 1909 bei unvollkommen ausgebildeter Methode behandelt. Von den letzten 14 hier in extenso geschilderten Fällen ist nur einer, ein 65jähriger Invalide, der in schwer benommenem Zustand aufgenommen wurde und nach fünf Stunden starb, als ein Mißerfolg zu bezeichnen. Zur Ausführung der Heißluftbehandlung bediente sich R. der BIERschen Kasten, resp. für den Kopf und das Gesicht nur des Schornsteins, eventuell auch des QUINCKEschen Schwitzbetts und gibt täglich mindestens zwei bis drei Sitzungen von $^1/_2$—1 Stunde Dauer. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Behandlung des Erysipels mit heißer Luft, von M. JERUSALEM - Wien. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 25.) Verfasser bemerkt, daß er schon im Jahre 1901 (in ähnlicher Weise wie RITTER) das Erysipel mit Wärme behandelt und einen Bericht über 50 derartige Beobachtungen publiziert hat. Er verwandte allerdings dabei nicht die heiße Luft, sondern Thermophorkompressen. Sodann hat er 1904 über 26 Fälle berichtet. welche mit heißer Luft, mit dem GARTNERschen Dampfapparat und mit dem ULLMANNschen Hydrothermoregulator erfolgreich behandelt wurden.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Operation der Elephantiasis scroti, von F. A. BALDWIN-Balhurst. (*Brit. med. Journ.* 26. Febr. 1910.) Bei einem hier abgebildeten Afrikaner entfernte Verfasser einen elephantiastischen Tumor des Scrotums im Gewicht von 11 Kg mit gutem Erfolge unter Anlegen eines U-förmigen Schnittes von der Basis des Tumors aus und Abpräparieren eines Restes von gesunder Haut an der Grenze der Corona glandis in Manschettenform. Wegen der einzelnen Details der Operation muß auf das Original verwiesen werden. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Progressive Ernährungsstörungen.

a. *Maligne.*

Zur Technik der Meiostagminreaktion bei bösartigen Geschwülsten, von M. Ascoli und G. Izar - Catania. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 41.) Um den Ausschlag bei der Meiostagminreaktion zu vergröſsern, empfehlen Verfasser nach vielfachen Versuchen mit einer gröſseren Reihe von Agentien einen Zusatz von Essigsäure, in der Weise, daſs die übliche 20fache Verdünnung der Blutsera mit (0,85% Na Cl enthaltender) 1/1000 Essigsäure erfolgt. Ferner werden Anweisungen für die Bereitung des Antigens aus den Tumoren gegeben, deren Wiedergabe hier nicht gut angängig ist. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Pathologie der bösartigen, epithelialen Hautgeschwülste, von John A. Fordyce-New York. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 55, Nr. 19.) *Schourp-Danzig.*

Pathologie der bösartigen Geschwülste von nicht-epithelialer Formation, von J. B. Malory-Bosten. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 50, Nr. 19.) *Schourp-Danzig.*

Die chirurgische Behandlung der bösartigen Hautgeschwülste, von Joseph C. Bloodgood-Baltimore. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 55, Nr. 19.) Nichts Neues. *Schourp-Danzig.*

Die Technik eines wirksamen operativen Eingriffs zur Entfernung und Heilung oberflächlicher maligner Geschwülste, von S. Sherwell - Brooklyn - New York. (*New York State Journ. of med.* Juni 1908.) Sh. berichtet über einige Fälle von Epitheliom des Gesichts, in denen er gute Erfolge gehabt hat, indem er sie gründlich und tief auskratzte, mit 60%igem salpetersauren Quecksilber ätzte und schlieſslich mit ein wenig Natr. bicarbon. als Puder bedeckte; die sich bildende Kruste blieb liegen, bis sie von selbst abfiel und eine gesunde oberflächliche Narbe hinterlieſs. Mit diesem einfachen Verfahren, das allerdings meist in Narkose vorgenommen wurde, hat Verfasser in den letzten 35 Jahren recht gute Erfolge erzielt und in weit weniger als 10% der Fälle Rezidive gesehen. *W. Lehmann-Stettin.*

Die Behandlung bösartiger Geschwülste vom Standpunkte der Dermatologie, von William Allen Pusey-Chicago. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 55, Nr. 19.) Bekanntes. *Schourp-Danzig.*

Ulceratives Granulom der Schamteile, ein durch Protozoen bedingtes Leiden, von R. M. Carter. (*Lancet.* 15. Oktober 1910.) Das ulcerierende Granulom der Pars pudenda ist zuerst von Conyers im Jahre 1896 als eine nur in den Tropen anzutreffende Krankheit beschrieben worden und ist bisher von den Autoren, welche Fälle beobachtet haben, als ein infektiöses Leiden angesehen worden. Verfasser hat in Indien sechs Fälle beobachtet und berichtet über ziemlich typische, dabei von ihm nachgewiesenen Parasiten, welche er entweder als Herpetomonas oder als Crithidium zu klassifizieren geneigt ist. Zur Färbung der Schnitte verwandte er einesteils Giemsa-Färbung mit nachfolgender Eosinfärbung oder auch zunächst Eosinlösung und Gegenfärbung mit wässeriger Methylenblaulösung. Er fand dabei in relativ vielen Zellen die Parasiten als bohnenförmige Gebilde, welche in einigen, besonders stark aufgetriebenen Zellen 15—50 an Zahl betrugen und den Zellkern randständig verdrängt hatten. An den Parasiten war das Protoplasma blaſsblau gefärbt, der Kern tief rötlich violett, und es fanden sich noch tief violette Körnchen an einigen Parasiten als Andeutung der Vermehrung. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Kann ein Epithelioma der Brustdrüse mit sehr langsamem Verlauf, das schon längst in der Haut weiter wuchert, seine Charaktere soweit verlieren, daſs es ein Carcinom des Rete Malpighi vortäuscht? Von G. Caussade und L.

Cotoni. (*Semaine méd.* 1910 Nr. 8.) Es handelte sich um einen Brustkrebs, der bei einer 27jährigen Frau als richtiges Carcinoma mammae begonnen hatte, nach Zerstörung der Brustdrüse aber oberflächlich auf der Haut weiter wucherte und sogar, aber ohne in die Tiefe zu dringen, die Haut der anderen Brust ergriff. 30 Jahre nach Beginn der Erkrankung wucherte der Krebs noch immer bis in die Regio dorsolumbalis weiter, während im Gebiete des ersten Auftretens eine Vernarbung eintrat.

Mikroskopisch konstatierte man ein richtiges glanduläres Cancroid, welches sich aber nur in der Haut fortpflanzte, hingegen die Parenchyme ganz verschonte und auch die Lymphdrüsen nur in geringem Grade in Mitleidenschaft zog.

Gunsett-Strafsburg.

Die Nachgeschichte bei 40 Fällen von Epithelioma der Lippe, von A. R. Short-Bristol. (*Brit. med. Journ.* 20. August 1910.) Bestätigt die Notwendigkeit einer sorgfältigen Berücksichtigung des zugehörigen Lymphdrüsengebietes bei der operativen Behandlung des Leidens. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Behandlung des Poithelioms mit käuflichem Formol, von Hallopeau und Fumouze. (*Bull. méd.* 1910. Nr. 16.) Die Verfasser haben auf nicht zu grofse Epitheliome ohne Drüsenschwellung in reines Formol getauchte Watte gelegt und dreioder viermal dieses Verfahren wiederholt. Nach Abstofsung des Schorfes trat rasche Heilung ein. Während einer Beobachtungsdauer von neun bis zehn Monaten wurde kein Rezidiv beobachtet. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Behandlung der Gesichtsepitheliome, von H. Bordier. *Lyon méd.* 1910. Nr. 32.) Bordier stellt in der „Société nationale de médecine de Lyon" mehrere mit Röntgenstrahlen geheilte Fälle von Gesichtsepitheliom vor. Er gibt immer grofse Dosen in einer einzigen Sitzung, welche dann zur Heilung genügt. Die Dauer der Sitzung beträgt 18—22 Minuten, die Menge der Strahlen 15 quantitative Einheiten.

Gunsett-Strafsburg.

Über die Beziehungen der Haarsackmilbe zu Krebsbildungen in der Mamma, von Orth. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 10.) Verfasser nimmt Bezug auf die Behauptung Borrels, dafs gewisse Beziehungen zwischen dem Demodex folliculorum und dem Krebs der Mamma vorhanden seien. An einem weit gröfseren Material weist Orth nach, dafs Demodex sich in fast gleichem Prozentverhältnis bei den Carcinomfällen wie bei den Nichtcarcinomfällen findet.

Arthur Schucht-Danzig.

Untersuchungen über den spontanen und experimentellen Mäusekrebs, von L. Nègre. (*Ann. de l'institut Pasteur.* 1910. Nr. 2.) Der spontane Mäusekrebs kommt am häufigsten im Frühjahr und Herbst vor, befällt gewöhnlich Weichen und Achseln, ist durch den Verdauungstrakt nicht verimpfbar. Diese Umstände scheinen für die Wirkung eines Ektoparasiten zu sprechen. Spirillose der Mäuse begünstigt das Auftreten des Krebses. Werden die Mäuse einige Monate durch mit verschiedenen Salzen genährt, so werden sie weniger empfänglich für die Inokulation mit Krebs, Doch adoptiert sich dieser allmählich an den veränderten Nährboden. Natrium- und Baryumsalze sind ungünstig für seine Entwicklung. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Ätiologie des Hautkrebses, von Leo Loeb-Philadelphia. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 55, Nr. 20.) Nichts Neues. *Schourp-Danzig.*

Ulcera neurotrophica und Carcinom, von Ettore Greggio-Padua. (*Morgagni.* 1910. Nr. 11.) Der mitgeteilte Fall betraf eine 34jährige Frau mit lange Jahre bestehenden Malum perforans plantare auf hysterischer Basis, die zuerst durch Exzision der Wunde und nachfolgende Naht von ihrem Leiden befreit worden war. Nach kurzer Zeit brach aber die Narbe wieder auf; es bildete sich eine Ulceration von der Gröfse eines 5 Centimesstücks, aus dessen Tiefe allmählich Granulationen herauswuchsen,

welche das Geschwür mit der Zeit noch mehr vergröfserten. Die mikroskopische Untersuchung ergab eine epitheliale Neubildung, welche operativ entfernt wurde und auch nach $1^1/_2$ Jahren nicht rezidivierte. *Gunsett-Strafsburg.*

Ein Fall von Carcinoma colloidale der Haut, von A. Bamberger-Chicago. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 55, Nr. 15.) Bericht von einer 35jährigen Frau, die eine Geschwulst am Schenkel aufwies und nach der Amputation bald starb. Mangels einer Autopsie nimmt der Verfasser an, dafs es sich um ein colloidales Darmcarcinom mit einer Metastase der Haut handelte. *Schourp-Danzig.*

Das Röntgencarcinom und seine Entstehung, von Fritz Rosenbach-Berlin. (*Arch. f. klin. Chirurg.* Bd. 92, 1.) Ein in einer Röntgenfabrik beschäftigter 29jähriger Mann bekam ein Carcinom auf dem Rücken, dessen Bild makroskopisch und mikroskopisch dem typischen Hautcancroid entsprach. —

Bei einem 45jährigen Lupuskranken trat nach Röntgenbestrahlungen ein Carcinom auf. Auf Grund der Untersuchung der histologischen Präparate ist der Verfasser der Ansicht, dafs es in der Hauptsache der chronische Reizzustand ist, in welchem das Epithel bzw. das Bindegewebe die Neigung zum atypischen Wachstum erhält, dafs also die Epithelzellen, in besonderen Fällen auch das Bindegewebe mit Wucherung antworten, ähnlich wie es bei anderen chemischen Reizen — Paraffinkrebs, Anilintumoren — bekannt ist. Ob eine Verlagerung im Sinne Ribberts vorausgehen mufs, die durch die chronischen dermatitischen Veränderungen zu Wege gebracht werden könnte, ist noch aufzuklären. *Schourp-Danzig*

Die im Samariterhause Heidelberg geübten Methoden der Krebsbehandlung, von Czerny-Heidelberg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 17.) Dieser von dem Altmeister der Chirurgie erstattete Bericht bezieht sich naturgemäfs auf eine Serie von Fällen schwerster Art, wie solche im speziell dermatologischen Fache wohl kaum zur Behandlung kommen. Immerhin ist es nicht ohne Interesse die Resultate dieser modernsten therapeutischen Mafsnahmen bei hoch malignen Affektionen zu erfahren. Es kommen neben der chirurgischen Operation zur Anwendung: die Fulguration, das Radium in seinen verschiedenen Formen (mit welchem bei kleinen Hautcarcinomen auch perfekte Heilungen erzielt wurden), die Serumbehandlung, meist mit dem Schmidtschen Antimeristem, die Kaltkaustik mit dem Forestschen Apparat, die Röntgenbestrahlung usw. Von keiner dieser Behandlungsarten kann man aber eine sichere Heilung erwarten. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über Dauerheilungen von Carcinomen nach Radiumbestrahlung, von A. Exner-Wien. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 47.) Folgende vier Fälle werden zur Illustrierung der Leistungsfähigkeit der Radiumbehandlung mitgeteilt: I. Bei einer 42jährigen Frau wird ein seit etwa Jahresfrist bestehender, hellerstückgrofser, exulcerierter Tumor der Wange einmal eine halbe Stunde lang bestrahlt. Die Probeexzision hatte die Diagnose Plattenepithelcarcinom ergeben. Heilung erfolgte in 14 Tagen; jetzt, sieben Jahre nach der Behandlung, ist noch kein Rezidiv aufgetreten. II. Eine 73jährige Frau, von mehreren Chirurgen abgelehnt als zur Operation ungeeignet, mit einem seit drei Jahren bestandenen Basalzellencarcinom der Wange, das möglicherweise, wenn auch mit grofsen Substanzverlusten hätte operiert werden können, gelangte nach längerer Radiumbehandlung zur Heilung und ist jetzt sechs Jahre lang rezidivfrei geblieben. III. Ein wegen Carcinoms des Oberkiefers operativ behandelter 77jähriger Mann wurde wegen vorhandener Tumorreste mit Radium behandelt. Er starb ungefähr zwei Jahre später angeblich an Lungenentzündung, rezidivfrei. IV. Ein 58jähriger Mann mit taubeneigrofsem Plattenepithelkrebs der Oberlippe wurde nach einer etwas langwierigen Behandlung geheilt und ist jetzt $4^1/_2$ Jahre gesund geblieben.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Subcutanes, primäres Sarkom. Sekundäre Hautsarkomatose, von P. Minassian. (*Rivista veneta di scienze med.* 1910 Nr. 10.) Es handelte sich um ein subcutanes Lymphosarkom von Kindskopfgröfse mit Blutpigment sowohl im primären Knoten als in den Hautmetastasen. *Gunsett-Strafsburg.*

Sarcomatosis cutanea idiopatica disseminata pigmentaria haemorrhagica, Typus Kaposi, von Juan de Azúa. (*Rivista clin. de Madrid.* 1910. Nr. 3.) Dieselbe Arbeit ist in den *Actas dermosifiliograficas* 1910, Nr. 2, abgedruckt und bereits in *dieser Zeitschrift* referiert. *Gunsett-Strafsburg.*

Inoperables Sarkom der Hals- und Achseldrüsen; inoperables Sarkom der linken Tonsille mit Drüsenmetastasen; angiomatöser Tumor der linken Wange, erfolgreich mit Röntgenstrahlen behandelt, von H. E. Schmidt-Berlin. (VI. Kongrefs Deutscher Röntgengesellschaft.) Zwei Fälle von Sarkom mit aufserordentlich günstiger Einwirkung der Röntgentherapie; beide reagierten prompt auf kleine Dosen; in beiden entwickelten sich während der Behandlung metastatische Herde, die wiederum durch Röntgenbestrahlung zur Rückbildung gebracht wurden. In dem dritten Falle wurde ein dreimarkstückgrofses Angiom, welches das Hautniveau um etwa 1 cm überragte und eine dunkelblaurote Färbung zeigte, mit sechs Bestrahlungen beseitigt. Es blieb eine zarte, weifse, wenig auffallende Narbe zurück, die an einzelnen Stellen helle Pigmentflecken und feine Teleangiektasien zeigt. *W. Lehmann-Stettin.*

Radium als Spezifikum bei Riesenzellsarkom, von Robert Abbe-New York. (*Med. Record.* 1. Jan. 1910.) Aufsergewöhnlich gute Erfolge bei Epulis und Kiefersarkomen, die teilweise bereits vollkommen inoperabel waren. Die Applikation fand gewöhnlich in der Weise statt, dafs die Radiumröhrchen direkt in die Geschwulst eingeführt wurden. Bericht über elf Fälle. *W. Lehmann-Stettin.*

Ein Fall von Hauthörnern mit epitheliomatöser Degeneration, von Ludwig Oulmann. (Quelle nicht angegeben.) Der Mangel von Talgdrüsen, die horizontal abschneidende Bindegewebsschicht, die von Infiltrationsmasse umgebenen Epithelzellennester in der Cutis lassen den Fall den senilen papillär gebauten Hauthörnern Dubreuilhs zurechnen, während die Erweiterung der Schweifsdrüsen und Schweifsdrüsenausführungsgänge und andere Befunde auf das epitheliomatös degenerierte Hauthorn zurückgeführt werden können. Was den Ursprung des Hauthorns betrifft, so glaubt der Verfasser eine deutliche Beteiligung der Papillen nachweisen zu können. *Gunsett-Strafsburg.*

b. *Benigne.*

Zur Kenntnis der gutartigen epithelialen Geschwülste der Haut und verwandter Gebilde, von Hans Burckhardt - Königsberg. Mit 2 Abbildungen und 1 Tafel. (*Beitr. z. klin. Chir.* Bd. 69, Heft 3.) Auf Grund von fünf selbst beobachteten Fällen bespricht B. hier vor allem die Histologie und Entstehungsart der sog. Hauthörner, wovon es zwei Formen gibt: die echten senilen, zu denen die ganz grofsen Gebilde dieser Art gehören, und die multipel auftretenden juvenilen Hauthörner. Als weitere Form kommen hier noch in Betracht die Fibrokeratome, auch fadenförmige Warzen des höheren Alters genannt. B. steht nach diesen seinen Untersuchungen nicht an, die grofsen Hauthörner wie die verhornenden Epitheliome für echte gutartige Geschwülste der Epidermis zu erklären. Sie entstehen aus Deckepithel und der Begriff desselben, das noch nicht zu Drüsen differenziert ist, bringt es mit sich, dafs hier die Entwicklung zu einer gutartigen Geschwulst hauptsächlich nur in zwei Dimensionen stattfinden kann, d. h. in der Fläche, in der dritten nur in beschränktem Mafse, nämlich insoweit, als noch die Funktion des Deckens von Oberflächen erhalten bleibt. Sowohl für diese Art papillärer Epitheliome wie die Haut-

hörner besteht theoretisch wie praktisch das Prinzip des unbegrenzten Wachstums. Je nach dem Grade ihrer Selbständigkeit sind sie echte gutartige Tumoren der äußeren Haut, leiten aber zu der bösartigen Geschwulst, dem Carcinom, über. Literatur (41 Nummern). *Stern-München.*

Endotheliom auf einem dermoidalen Mutternaevus, von PHILIPP LOFARO-Rom. (*Dtsch. Ztschr. f. Chirurg.* Bd. 106, Heft 4—6.) Fall eines 38 jährigen Mannes, bei dem ein angeborener Naevus pigmentosus am unteren Drittel des rechten Beines nach einem Trauma zu einer ulcerierenden Geschwulst wurde. Auf Grund des histologischen Befundes ergab sich die Diagnose: dermoidaler Mutternaevus mit papillärer Form, mit endothelialer und ganz besonders perithelialer Proliferation und phlogistischer Infiltration. *Schourp-Danzig.*

Botryomykotisches cuto-muköses Granulom, von H. MALHERBE. (*Gaz. méd. de Nantes.* 2. Juli 1910.) Auf dem 11. französischen Chirurgenkongreß demonstrierten PONCET und DOR einen eigentümlichen Tumor der Haut, den sie der Botryomykose des Pferdes anreihten. Da diese Ansicht später von anderer Seite mehrfach angefochten wurde, so nimmt M. das Studium der Frage wieder auf durch genaue Untersuchung eines aus dem Jahre 1895 stammenden unveröffentlichten Falles. Es handelte sich um einen 16jährigen Knaben, dem er einen an einem breiten Stiel an der Grenze von Haut und Schleimhaut der Oberlippe sitzenden Tumor entfernt hatte. Mikroskopisch handelte es sich um ein richtiges entzündliches Granulationsgewebe.

Da die klinischen und pathologisch-anatomischen Beobachtungen der einzelnen Autoren in allen Punkten übereinstimmen, so muß man annehmen, daß die menschliche Botryomykose ein besonderes genau definiertes Krankheitsbild mit folgenden Charakteren bildet: Der Tumor ist beinahe immer allein, sitzt auf der Haut oder Mundschleimhaut und geht nie über Nußgröße. Die Oberfläche ist framboesiform, ulceriert, eiternd und von lebhaft roter Farbe. Die Konsistenz ist hart und elastisch. Es ist immer ein Stiel vorhanden. Auf Berührung ist der Tumor unempfindlich, außer bei Lymphangitis der Umgebung. Er erreicht in drei Wochen seine Größe, hat eine günstige Prognose, zeigt nie Generalisation oder Rezidiv. Allerdings müssen die Gewebe, auf denen der Stiel inseriert, mit exstirpiert werden.

Der glanduläre Ursprung des Botryomykoms, welcher beim Pferde gelten kann, gilt nicht beim Menschen. Denn die Schweiß- oder Talgdrüsen, welche man auf menschlichen Schnitten findet, sind intakt und das neugebildete Gewebe drängt sie nur beiseite, ohne sie zu alterieren. Außerdem gibt es Botryomykome an Körperstellen, an denen die Schweißdrüsen fehlen. Der vaskuläre Ursprung dieser Tumoren, welcher eine Verwandtschaft mit Angiosarkomen nahelegt, ist ebenso wenig sichergestellt. Denn die Disposition der Zellen in kompakten Scheiden um die Gefäße findet sich, ohne etwas Besonderes zu sein, häufig in entzündlichen Geweben. Auch die parasitäre Natur des Tumors kann in Anbetracht der mißlungenen Inokulationen auf Tiere nicht mehr aufrecht erhalten werden.

Die menschliche Botryomykose muß deshalb als eine von derjenigen des Pferdes wohl getrennte Einheit angesehen werden, deren Pathogenese unbekannt ist.

Gunsett-Straßburg.

Persistierende Hautnodositäten bei Leuten mit Fehlern der internen Sekretion, von M. BRETON und L. BRUYANT. (*Écho méd. du Nord.* 14. Aug. 1910.) Die persistierenden cutanen oder subcutanen Hautnodositäten traf man bisher nur als Folge des akuten Gelenkrheumatismus und bei Kranken mit schweren Herzsymptomen. Die Verfasser fanden dieselben bei zwei Kranken, bei denen eine andere Pathogenese nachgewiesen wurde. Die eine, 38jährig, hatte alle Symptome der Hypothyreoidie: kleine Gestalt, verhältnismäßig zu starkes Gewicht, schlecht entwickeltes Haarsystem,

intellektuelle Trägheit. Außerdem zeigte sie die Pseudolipome des DERCUMschen Symptomenkomplexes in den Supraklavikulargruben und den Wurzeln der Extremitäten. Außerdem unterzog sich dieselbe vor vier Jahren einer subtotalen, abdominalen Kastration. Das rechte Ovarium wurde zurückgelassen, die Periode verschwand. Auf der Haut finden sich linsengroße Knoten am Handgelenk, an der Stirn, an der rechten Flanke und an der rechten, großen Zehe. Bei der Urinuntersuchung wird ein starker Salzverlust festgestellt. In der Anamnese kein Gelenkrheumatismus, wohl aber eine Scarlatina, welche die Ursache der Hypothyreoidie war. Eine Thyreoidinbehandlung hob nicht nur die Allgemeinsymptome, sondern brachte auch die Hautknoten bis auf den ältesten am Handgelenk gelegenen innerhalb von sechs Monaten zum Schwinden.

Die zweite 74jährige Patientin, welche ebenfalls den DERCUMschen Symptomenkomplex zeigte, machte im 7. und 21. Lebensjahre Gelenkrheumatismus und im 38. Jahre Typhus durch. Auf dem ganzen Körper, außer im Gesicht, fanden sich zahlreiche unregelmäßig zerstreute Knötchen bis zu Erbsengröße, die ebenfalls durch Thyreoidbehandlung fast sämtlich verschwanden.

In beiden Krankengeschichten erscheint der Rheumatismus von keiner Bedeutung für die Entstehung der Knoten. Im ersten Fall ist ein solcher überhaupt nicht vorhanden, im zweiten erschienen die Knoten erst 40 Jahre nachher. Die Verfasser stützen sich auf die Tatsache, daß die rheumatischen Knoten als toxinischer Herkunft angesehen werden und auf das Experiment von CHAUFFARD und TROISIER, welche ein Erythema nodosum durch Tuberkulininjektion hervorrufen konnten und glauben, daß überhaupt alle persistierende Hautnodositäten der Ausdruck nicht spezifischer Toxine sind. In ihren Fällen seien als Toxine die durch die Drüsen mit insuffizienter innerer Sekretion nicht neutralisierten Körpergifte anzusehen, was schon das günstige Resultat der Therapie zu beweisen scheint. *Gunsett-Straßburg.*

Einiges über die histologische Struktur der spontanen subcutanen Tumoren bei Mäusen, einschließlich fünf Fällen von multiplen Tumoren, von JOHN W. HUNTER-Philadelphia. (*University of Penna Med. Bull.* März 1910.) Trotz eingehender histologischer Untersuchung wagt Verfasser die Frage nicht zu entscheiden, ob es sich bei den multiplen Geschwülsten um primäre Tumoren ähnlichen Ursprungs oder Metastasen handelt, da sich keinerlei grundlegende Unterschiede in der Struktur nachweisen lassen; im allgemeinen pflegen sich Tumoren bei derselben Maus in ihrer Struktur weit näher zu stehen, als Geschwülste von verschiedenen Mäusen. Im übrigen betont Verfasser, wie das auch anderwärts geschehen ist, daß die spontanen Geschwülste bei Mäusen einen recht häufigen Befund darstellen und die multiplen Tumoren einen recht erheblichen Prozentsatz davon auszumachen pflegen. *W. Lehmann-Stettin.*

Rheumatische Tophi der Ohrmuschel, von H. D. ROLLESTON-London. (*Brit. med. Journ.* 6. Aug. 1910.) Die Vermutung, daß es sich hierbei um gichtische Störungen handeln könne, widerlegt R. durch die der Abbildung beigegebene Krankengeschichte: ein 27jähriger Mann, welcher früher an Rheumatismus, Pneumonie und Pleuritis gelitten hatte, kam mit Gelenkschmerzen, Pericarditis und Pleuritis zur Behandlung. Während des Aufenthalts im Krankenhaus entstanden verschiedentliche Knötchen an den Ohren und an anderen Stellen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über Neurofibromatosis mit sarkomatöser Entartung, von A. MOST-Breslau. (Breslauer chir. Ges. Protokoll in *Berl. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 35.) Bei der 40jährigen weiblichen Person begann die Neurofibromatosis vor 28 Jahren. An der Rückfläche des linken Oberschenkels besteht ein sarkomatös entartetes Fibrom, anscheinend vom N. ischiadicus ausgehend. Bei der Operation wurde dies bestätigt, der Nerv war ein Strang von Dicke und Form eines Kinderhandgelenkes. Histologisch handelte es sich um Myxosarkom. *Arthur Schucht-Danzig.*

Im Verein für innere Medizin und Kinderheilkunde in Berlin (Sitzung vom 2. Mai 1910; nach *Dtsch. med Wochenschr*. 1910. Nr. 22) stellte A. FRAENKEL einen **Fall von multiplen Haut- und Nervenfibromen** vor. Die Geschwülste, die angeboren waren, safsen am Rücken, auf der Brust und am linken Arm. An der linken Hand fand sich eine eigentümliche, offenbar durch Trophoneurose bedingte Deformität der Finger; die Gelenkkapseln waren aufserordentlich schlaff, der Dickendurchmesser der Phalangen war infolge von Knochenatrophie verringert. Aufserdem bestand eine Subluxation der Hand. — Wo die Neufibrome ihren Ausgang nehmen, ist noch nicht mit Sicherheit festgestellt; doch scheint die unter anderen von VEROCAY-Prag vertretene Ansicht, dafs zellige Elemente, die dem Nervensystem angehören, die Matrix der Wucherungen bilden, wenigstens zum Teil richtig zu sein. *Götz-München.*

Bericht über einen Fall von Molluscum fibrosum, ADDISONscher Krankheit und Lungentuberkulose, von ISIDOR N. KAHN - New York. (*New York med. Journ.* 16. Juli 1910.) Der Fall, der K. durch das noch nirgends erwähnte Zusammentreffen dieser drei Krankheitsbilder erwähnenswert erscheint, betraf einen 42jährigen, in Österreich geborenen und seit 22 Jahren in den Vereinigten Staaten Amerikas lebenden Mann. Die multiplen Tumoren waren über den ganzen Körper zerstreut and von gewöhnlicher Warzen- bis zu Walnufsgröfse. Ebenso waren diffuse, braungelbe Pigmentierung über den ganzen Körper, bronzefarbene Herde am Rücken, Beinen, Armen, oberhalb und unterhalb der Schultern vorhanden, die Schleimhäute nicht pigmentiert. Mit zwei Abbildungen. *Stern-München.*

Molluscum contagiosum: Bericht über zehn Familienepidemien und 41 Fälle bei Kindern, von FRANK CROZER KNOWLES - Philadelphia. (*New York med. Journ.* 14. Mai 1910.) Die 41 Fälle der Kinder betrafen solche im Alter von 15 Jahren bis zu sieben Monaten und aus der Familiengeschichte der Eltern ergab sich die hereditäre und kontagiöse Form der Erkrankung. Auch in der bezüglichen Literatur wird, wie K. nach Beschreibung seiner Fälle schliefslich anführt, bei annähernd 25 % der Patienten eine direkte Übertragung des Leidens in der Familie, im Haushalte oder von intimen Freunden festgestellt. Kinder werden häufiger befallen, als Erwachsene, in der grofsen Mehrzahl der Fälle ist das Gesicht, speziell in der Nähe der Augenlider, entweder allein oder zusammen mit anderen Teilen des Körpers affiziert. Die meisten Fällen zeigen nur wenige Effloreszenzen. In jenen Fällen, wo eine gröfsere Anzahl derselben vorhanden ist, sind Rumpf und Extremitäten mit Vorliebe und dann häufig mit Ausschlufs des Gesichts befallen. *Stern-München.*

Eine dem Molluscum contagiosum ähnliche Geschwulst bei der Nebelkrähe, von RUDOLF JAFFÉ. (Inaug.-Dissert. Freiburg i. Br. 1910.) Verfasser erhielt durch Zufall eine Nebelkrähe, die an einem Flügel eine grofse Geschwulst hatte. Bei der Besichtigung des Vogels fiel sofort die grofse Geschwulst auf, die auf der Innenseite des Flügels in der Gegend des äufseren Gelenkes safs und sich von dort nach beiden Seiten hin gleichmäfsig ausdehnte. Der Knochen war von Geschwulstmasse vollkommen umschlossen, ebenso die Federkiele. Im ganzen hatte die Geschwulst etwa die Gröfse einer Kartoffel. Am anderen Flügel fand sich an der gleichen Stelle, d. h. auch an der Innenseite des Flügels am Gelenk, eine kleine Anschwellung, die in der Fläche etwa die Gröfse eines Fünfpfennigstückes hatte und sich nur schwach nach vorn vorwölbte. Im übrigen war äufserlich nichts besonderes wahrzunehmen; Sektion wurde leider nicht gemacht. Die Mafse der Geschwulst sind folgende: Länge 6 cm, Breite 3 cm, Höhe $2^1/_2$ cm. Die Konsistenz der frischen Geschwulst war mäfsig hart, die Farbe ein schmutziges Weifs bis Grau, ins Bräunliche übergehend. Die ganze Geschwulst besteht aus einer grofsen Anzahl einzelnen Knollen, die jedoch nicht vollständig voneinander isoliert sind, fest miteinander zusammenhängend nur die ge-

wölbten Kuppeln frei hervorragen lassen. Die Gröfse der einzelnen Knollen ist sehr verschieden; die gröfsten haben einen Durchmesser von etwa 1—1½ cm, während die kleinsten etwa Hanfkorngröfse aufweisen, ihr Durchmesser also etwa 1 mm beträgt. In der Mitte der Kuppel zeigen die meisten Knollen eine kraterförmige Vertiefung von verschiedener Gröfse. Zwischen den Knollen, aber niemals innerhalb derselben, stehen die wohlerhaltenen Federn; die grofsen Schwungfedern stehen in einer Reihe, vollkommen von Knollen umwachsen und durch diese fixiert. Jedoch lassen sich die Kiele bis unten hin freipräparieren und zeigen sich vollkommen erhalten.

Für die mikroskopische Untersuchung kamen Stücke aus den verschiedensten Stellen der Geschwulst zur Untersuchung. Alle ergaben denselben Befund, den Verfasser ausführlich mitteilt. Es zeigte sich, dafs die Neubildung gröfstenteils aus Epithel, zum Teil aber auch aus Bindegewebe bestand, demnach als Fibroepitheliom bezeichnet werden müfste. Was die in der Geschwulst gefundenen Blasen und Pünktchen betrifft, so hat sich Doflein - München, dem einige Präparate zur Untersuchung übergeben waren, dahin geäufsert, dafs es sich unzweifelhaft um tierische Erreger handle, und zwar um Myxosporidien oder Haplosporidien oder Myxomyceten.

Entweder sind diese Lebewesen die Erreger der Geschwulst oder sie sind in die schon vorhandene Geschwulst eingewandert. Für die erstere Möglichkeit könnte der Befund sprechen, dafs sie hauptsächlich, ja fast ausschliefslich in der Schicht der beginnenden Degeneration getroffen werden. Dagegen aber spricht vielleicht die Anordnung, die nicht der degenerierenden Schicht parallel, sondern senkrecht zu ihr verläuft. Ob die Lebewesen aber die Erreger der Geschwulst sind oder nur einen zufälligen Befund darstellen, läfst sich nach dem anatomischen Befund kaum unterscheiden. Ob die Geschwulst als gutartig aufzufassen ist oder nicht, läfst sich sehr schwer unterscheiden. Es käme auch die Möglichkeit in Betracht, dafs es sich gar nicht um eine wahre Geschwulst handelte, sondern um ein Epithelioma sive Molluscum contagiosum, also eine gerade beim Geflügel als Geflügelpocken oft beobachtete Erkrankung. Das makroskopische Aussehen ist zum mindesten sehr ähnlich; auch das mikroskopische Bild weist viel Ähnliches auf.

Verfasser ist geneigt, den beschriebenen Tumor als ein Molluscum contagiosum aufzufassen, das sich in vielen Punkten von diesem zwar unterscheide und nicht mit der beim Menschen und beim Hausgeflügel vorkommenden Form identisch sei.

Fritz Loeb-München.

Über einen Fall von Verrucae planae iuveniles und über die pathogenetische Wirkung des Lichtes, von Adalbert Mieck. (Inaug.-Dissert. Giefsen 1909.) Der Ausschlag, dessentwegen der Patient die Poliklinik aufgesucht hat, ist lokalisiert im Gesicht, am Hals, auf den Rückenflächen der Hände und an den distalen Enden der Vorderarme. Das Gesicht ist übersät von einer Unzahl von flachen Knötchen, die wegen ihrer braunen Farbe aus der sonst blassen Haut sich scharf abheben. Es sind stecknadelkopfgrofse, hirsekorngrofse und wenig gröfsere flache polygonale Knötchen, welche höchstens ½ mm über das Niveau ihrer gesunden Umgebung vorragen. Teils stehen sie isoliert, teils zu zweien oder dreien oder auch zu gröfseren Haufen regellos gruppiert. In grofsen Haufen und dichtgedrängt stehen sie an der Haut der inneren Augenwinkel, auf den oberen Augenlidern, auf der Stirn, am Kinn und in der Praeaurikulargegend. Keine Gegend des Gesichtes ist von Knötchen verschont; an der Stirn reichen sie bis dicht an die Haargrenze. Unter der Behaarung des Kopfes finden sich nur wenige Effloreszenzen, und zwar nur an der frontalen Haargrenze. In ziemlich grofser Zahl finden sich Effloreszenzen auf der Haut der Ohrmuscheln. Stellenweise macht sich eine strichförmige Anordnung geltend; es scheint, als ob diese Anordnung auf Kratzer zurückzuführen sei, wenn auch der

Kranke ausdrücklich betont, dafs keinerlei Jucken oder sonstiges Empfinden durch die Knötchen hervorgerufen werde. Auf der linken Wange sind ein paar der flachen Knötchen aufgekratzt, der Hornschicht beraubt und zeigen rote feinkörnige Granulationen. Auf der linken Wange unterhalb des Arcus zygomaticus findet sich eine erbsengrofse, dunkel pigmentierte Warze, die angeblich schon aus früher Kindheit stammt, ein Naevus pigmentosus von Erbsengröfse. Auch an den oberen Partien der seitlichen Halsregion finden sich vereinzelte Knötchen; ebenso sind an der Hinterseite des Halses unterhalb der Behaarung Knötchen wahrzunehmen, aber nur auf jener Halspartie, welche von dem Hemd- und Rockkragen nicht bedeckt ist. Es ist direkt auffallend, wie sich hier in der Halsgegend der Ausschlag in einer scharf gezogenen Linie gegen die bedeckte Haut des Nackens absetzt. Ausschliefslich die dunkler pigmentierte Haut des Halses ist von dem Ausschlag befallen. Wo sich am Hals der Mangel von Lichtwirkung an der fehlenden Pigmentierung der Haut geltend macht, ist auch nirgends ein Knötchen zu sehen. Die Gestalt der kleinen Effloreszenzen ist hauptsächlich eine polygonale. Rundliche oder ovale Formen finden sich relativ selten. Dabei sind sie flach und heben sich plateauartig scharf aus ihrer Umgebung heraus. An den Stellen, wo einzelne Efflorеszenzen dicht gedrängt nebeneinander stehen, gewinnt man den Eindruck, als ob vielfach um eine zentrale, umfangreichere ältere Efflorеszenz jüngere, frische, kleine polygonale Knötchen sich angesiedelt hätten. Die Oberfläche der einzelnen kleinen plateauartigen Erhebungen ist glatt und mattglänzend. An einzelnen Efflorеszenzen scheint es, als ob eine minimale zentrale Delle vorhanden wäre. Dieses Moment, die polygonale Beschaffenheit und der matte Glanz der Efflorеszenzen erinnert in ausgesprochener Weise an die Efflorеszenzen des Lichen ruber planus. Dabei ist aber die Farbe der meisten Efflorеszenzen eine sehr dunkle, sie ist dunkelbraun, nicht etwa rotbraun oder gelblichrot wie die der Planusknötchen; auch die gröbere Beschaffenheit der vorliegenden Efflorеszenzen, ihr gröfserer Umfang, der Mangel an charakteristischer Gruppierung schützt vor einer Verwechslung mit Lichen planus, ganz abgesehen von den Eigentümlichkeiten der Lokalisation. Nur am Halse hinter den Ohrmuscheln ist die Farbe der Knötchen heller. Hier haben sie einen gelbbraunen Farbenton, dem stellenweise ein leicht rötlicher Ton beigemischt ist. Es scheint, als ob die Efflorеszenzen, welche dem Licht am meisten ausgesetzt sind, eine dunklere Farbe besitzen als die, welche am Halse an der Hinterhaupthaargrenze und im Bereiche der Behaarung selbst geringerer Lichtwirkung unterstehen. Die Schleimhäute im Bereiche der Augen und an den Nasenapperturen sind frei von krankhaften Veränderungen. Dagegen finden sich auf den Lippen, und zwar auf der Oberlippe links neben der Medianlinie, auf der Unterlippe gleichfalls auf der linken Seite und rechts im Mundwinkel sehr oberflächliche Epitheldefekte, umschriebene, rundliche Erosionen, welche den Eindruck von in Abheilung begriffenen Herpesbläschen machen. Der Patient gibt an, dafs an diesen Stellen gleichzeitig mit der Verschlechterung seines Ausschlages im Gesicht und mit dem Neuauftreten von frischen Knötchen an den genannten Schleimhautstellen „Bläschen“ aufgetreten seien. Er habe manchmal daran mit den Zähnen gerissen und deshalb seien diese Stellen jetzt wund. Die scheinbar herpetischen Erosionen zeigen dieselbe granulierte Beschaffenheit, überhaupt das gleiche Aussehen wie die durch die Fingernägel des Patienten aufgekratzten Knötchen, die sich auf der linken Wange finden. Rachenhöhle frei. An den Händen, und zwar auf den Hand- und Fingerrücken ist die Zahl der Efflorеszenzen gleichfalls eine sehr grofse. Immerhin ist ihre Zahl im Gesicht relativ und absolut eine weit gröfsere. Auch finden sich hier auf den Handrücken Efflorеszenzen, die gröfser sind als ein Hirsekorn. Auch hier sind alle Efflorеszenzen von ausgesprochen polygonaler Begrenzung, flach, plateauartig aus der gesunden Haut sich abhebend. Auch hier auf

den Dorsalflächen der Hände stehen sie zum Teil isoliert, zum Teil zu Haufen angeordnet. Hier und da ist eine gewisse Gruppierung zu konstatieren: zwei oder drei oder auch mehrere Knötchen sind dicht nebeneinander gelagert und bilden manchmal eine kleine Reihe. Mehr als im Gesicht trifft man auf dem Hand- und Fußrücken Effloreszenzen, die eine minimale zentrale dellenartige Einsenkung aufweisen, wodurch sich auch hier eine gewisse Ähnlichkeit mit den Effloreszenzen des Lichen ruber planus ergibt. Immerhin ist hier der warzenartige Charakter der Knötchen so deutlich ausgesprochen, daß die Ähnlichkeit des Krankheitsbildes mit Lichen ruber planus nur eine sehr beschränkte ist, sich mehr auf den Bau der Einzeleffloreszenzen als auf das Bild des Ausschlages bezieht. Nach rückwärts erstreckt sich der Ausschlag über die Streckseite der Handgelenke auf die vordersten Partien der Vorderarme. Aber Effloreszenzen finden sich nur dort, wo der Ärmel des Hemdes und des Rockes die Haut nicht deckt und wo infolge der gewöhnlichen Lichteinwirkung die Farbe der Vorderarmhaut eine dunklere ist als an jenen Stellen, welche durch die Kleidung gegen das Licht abgedeckt sind. Auch hier ist die Übereinstimmung mit der Lokalisation der Effloreszenzen mit der Lichtpigmentierung eine äußerst auffällige. Am übrigen Körper findet sich nicht eine einzige Effloreszenz.

Angesichts des unverkennbaren warzenartigen Aussehens der Effloreszenzen auf den Händen lag der Gedanke nahe, daß es sich im beschriebenen Fall auch im Gesicht um jene Form von Warzenbildung handle, welche man unter der Bezeichnung Verrucae planae iuveniles von den übrigen Warzen als ein umschriebenes Krankheitsbild abtrennt. Als Besonderheit des klinischen Bildes erscheint im vorliegenden Falle die ganz außergewöhnlich große Menge der Effloreszenzen. Auch deren dunkle Pigmentierung im Gesicht ist hervorzuheben, um so mehr, als sich in bezug auf die Färbung gewisse Differenzen geltend zu machen scheinen, welche in unverkennbarem Zusammenhang mit der pigmentbildenden Wirkung des Lichtes stehen. Diejenigen Effloreszenzen, welche durch ihre Lokalisation an den medialen Anteilen des Gesichtes der Belichtung am stärksten ausgesetzt sind, weisen eine dunklere Farbe auf, während dort, wo die physiologischen Verhältnisse eine geringere Lichteinwirkung möglich machen, die Farbe eine hellere ist. Schon bei makroskopischer Betrachtung erkennt man, daß die Farbe der Knötchen im wesentlichen von Differenzen der Pigmentierung abhängig ist. Diese Pigmentverhältnisse, welche im Falle des Verfassers in einer Weise zutage treten, wie sie sich noch nirgends beschrieben finden, haben eine weitere Eigentümlichkeit dieses Falles besonders deutlich hervortreten lassen. Das ist der Umstand, daß der Ausschlag im Gesicht und an den in gleicher Weise der Luft- und Lichtwirkung frei zugängigen Handrücken lokalisiert ist, während die von der Kleidung bedeckten Anteile der Körperoberfläche von einer analogen Hautveränderung vollkommen frei sind. Außerdem hält sich der Ausschlag an den einzelnen Regionen haarscharf an die Grenzen, welche dem Lichteinfluß an der äußeren Haut gezogen sind. Am Hals und an den Vorderarmen finden sich Effloreszenzen nur dort, wo die Lichteinwirkung sich in physiologischer Rötung und Bräunung der Haut geltend macht. Die Übereinstimmung in der Ausbreitung des Ausschlages mit den Grenzen der durch das Licht bewirkten Alteration des Aussehens der Haut bezeichnet Verfasser als geradezu aufdringlich. Der Ausschlag war zuerst in Erscheinung getreten, als Patient sich nach längerer Erkrankung zum erstenmal wieder intensiver Belichtung ausgesetzt hatte. Im Winter verringerte sich der Ausschlag angeblich. Mit dem Beginn des Frühjahrs soll er wieder deutlicher geworden sein. Als weitere Eigentümlichkeit des Falles kann die Beteiligung der Lippenschleimhaut bezeichnet werden.

Über das Licht als ätiologischen Faktor im Krankheitsbild der Verrucae planae iuveniles findet sich in der Literatur kein Aufschluß. Im vorliegenden Falle hatte

schon die Anamnese den Gedanken nahegelegt, dafs es sich um eine lichtbewirkte Erkrankung der Haut handelte. Experimente bestätigen die Annahme.

Fritz Loeb-München.

Entfernung von Warzen durch Einspritzungen von Thujatinktur. Nach einem von J. A. Sigard und P. Larne angegebenen Verfahren werden die gewöhnlichen Warzen folgendermafsen entfernt. In einem heifsen und hinreichend langen Bade werden die mit Warzen bedeckten Körperteile zunächst aufgeweicht, dann spritzt man mit Hilfe einer Pravaz-Spritze einige Tropfen der Thujatinktur in die Hautteile unter jeder Warze ein. Die Einspritzung mufs von der entgegengesetzten Seite her wiederholt werden, so dafs das Gewächs vollständig mit der Flüssigkeit durchtränkt ist. Schon in den nächsten Tagen verfärbt sich die Warze, sie wird braunschwarz, stirbt ab und fällt endlich ab. Bei mittelgrofsen Warzen wickelt sich der Vorgang in ungefähr einer Woche ab, bei sehr grofsen Warzen dauert er noch länger. In solchen Fällen mufs man die Einspritzung alle fünf Tage wiederholen.

(Nach *Pharmaz. Centralhalle.* 1910. Nr. 27.)

Granuloma teleangiectodes, von Ernst von Bassewitz-Santa Victoria de Palmar (Brasilien). (Montevideo, imprenta „el Siglo ilustrado", 23 Calle 18 de Julio.) Das Granuloma teleangiectodes (Bassewitz) ist eine neue Erkrankung, die sowohl auf den Träger, als auf andere inokulabel ist, in Papeln oder fungoiden, hämorrhagischen Tumoren besteht und Haut sowie Schleimhäute befallen kann. Die Krankheit gehört in die Gruppe der Framboesia tropica, der Verruca peruviana und der Botryomykosis humana, ist aber eine ganz selbständige Erkrankung. *Gunsett-Strafsburg.*

Über das teleangiektatische Granulom, von Ernst Jäger. (Inaug.-Dissert. Würzburg 1910.) Bei den teleangiektatischen Granulomen handelt es sich um rundlich polypöse Exkreszenzen der Haut, deren Gröfse zwischen Stecknadelkopf- bis Taubeneigröfse schwankt und die der Regel nach solitär, aber auch multipel vorkommen. Prädilektionsstelle scheint die Peripherie der Extremitäten, also Hände und Füfse zu sein, wo sie an den Fingern und Zehen an der volaren und dorsalen Seite der Füfse gefunden werden können. Auch an anderen Stellen der Haut des Körpers können sich solche Geschwülste finden, so an der Gesichtshaut, Kinngegend, Wange, Lippe, Schultergegend sowie Skapularregion. An den übrigen Stellen des Körpers scheint die Erkrankung bisher nicht beobachtet worden zu sein. Es scheint also, dafs der Stitz der Geschwülstchen auf diejenigen Körperteile beschränkt ist, die dauernd oder zeitweise unbedeckt sind; unter diesen findet man sie wieder an Stellen, welche äufseren Schädlichkeiten, besonders Verletzungen leicht ausgesetzt sind, so an der Hand die Handfläche und Finger, am Fufs die Plantarseite, im Gesicht die Lippen und ihre Umgebung. Die Geschwülste, die pilzförmige Gestalt zeigen, sind von derber Konsistenz, oberflächlich ulceriert, gewöhnlich mit eingetrockneten Blutschorfen bedeckt. Die Oberfläche der Geschwulst ist entweder glatt oder deutlich granuliert, bisweilen himbeerähnlich; öfters finden sich kleine Vertiefungen, die mit eitrigem Sekret ausgefüllt sind.

Der eigentliche Tumor ist dadurch charakterisiert, dafs sich besonders reichlich engere und weitere Kapillaren finden, zwischen denen sich als begrenzendes Gewebe nur wenig zellreiche Bindegewebslagen finden. Die Weite der Kapillaren nimmt nach der Oberfläche hin zu. Die einzelnen Bindegewebsfibrillen des die Kapillaren trennenden Gewebes sind von einer serösen, schleimfreien Flüssigkeit durchsetzt, so dafs vereinzelt die innerhalb des ödematösen Fibrillennetzes noch sichtbaren Zellen eine Zellform annehmen können, die der Form der Schleimzellen gleicht. Die in dem Tumor sichtbaren Gefäfse sind ihrer Struktur nach Kapillaren und liegen teilweise so dicht beieinander, dafs Bilder entstehen, wie sie für die kavernösen Angiome bekannt sind.

Vereinzelt können sich in dem ödematösen die Kapillaren begrenzenden Septensystem frischere und ältere Blutungen finden. Ferner ist das Gewebe des Tumors charakterisiert durch eine diffuse Durchsetzung mit gelapptkernigen Leukocyten, die an der Oberfläche sich gewöhnlich zu einem förmlichen Wall zusammengeschlossen haben. Im Bereiche desselben sind zahlreiche Mikroorganismen vorhanden, die in Form von Rasen zusammenliegen können und wohl als im Gewebe liegende Saprophyten aufzufassen sind. Das erwähnte Fasersystem von Bindegewebssepten, welches durch den Stiel von der Wurzel in die eigentliche Geschwulst hineinzieht, läfst sich in den tieferen Teilen des Tumors in Form einer flächenförmigen Anordnung noch erkennen, löst sich aber bald in dünnere, fibrilläre Züge auf und ist dann nicht mehr deutlich zu erkennen.

Die Untersuchungen deutscher Autoren, die auf Grund eigener Beobachtungen die Angaben einzelner französischer Autoren einer einer Nachprüfung unterzogen haben, lehnen eine ätiologisch - bakteriologische Einheit ab und bestreiten ebenso die histologische Identität der in Rede stehenden Geschwülste des Menschen mit der tierischen Botryomykose.

Verfasser beschreibt einen Fall, der insofern von dem oben gekennzeichneten histologischen Bild abweicht, als die gröfseren, blutführenden Hohlräume durch Konfluens aus den kleineren hervorgingen, dafs also ähnliche Verhältnisse zu konstatieren waren, wie sie an Gefäfsgeschwülsten kavernösen Charakters auch zur Beobachtung kamen. *Fritz Loeb-München.*

Über Naevi angiomatosi in der Hinterhauptnackengegend, von Edmund Saalfeld-Berlin. (*Med. Klinik.* 1910. Nr. 4.) Verfasser untersuchte 400 Personen im Alter von 2 — 76 Jahren in bezug auf Vorhandensein von Naevi angiomatosi in der Hinterhauptnackengegend und fand diese Veränderung bei 229 der Untersuchten. Um über die anatomischen Verhältnisse einen Überblick zu erhalten, wurde mehrfach versucht, die Teleangiektasien durch Injektion an der Leiche darzustellen. Doch sind die Gefäfserweiterungen an der Leiche nicht sichtbar und es mufste dem Zufalle überlassen werden, ob in dem betreffenden Falle das Phänomen vorhanden war oder fehlte. Bei zwölf Fällen gelang es nur zweimal die erweiterten Gefäfse so zu injizieren, dafs das Bild klar zu Tage trat. Bezüglich der Herkunft der Gefäfserweiterungen meint Verfasser, dafs sie dem Gebiete der Arteria occipitalis und vielleicht auch der Arteria auricularis posterior enstammen. Von den Venen kommt in erster Reihe die Vena occipitalis in Betracht, dann die Vena auricularis posterior und eventuell auch die tiefen Nackenvenen.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Lipome mit seltener Lokalisation, von Serafini. (*Il Policlin.* XVII, Heft 5.) Sitz in der Regio mastoidea, parietalis, frontalis, resp. zweimal an den Füfsen. Wegen der eigentümlichen Lage Schwierigkeit der Diagnose. *Haas-Hamburg.*

c. *Pigmentanomalien.*

Ein Fall von akut verlaufendem Morbus Addisonii, von Hans Fleischhauer. (Inaug.-Dissert, Kiel 1909.) Verfasser beschreibt ein Krankheitsbild, das beginnend mit leichten Prodromalerscheinungen, Mattigkeit, Abgeschlagenheit und Verstopfung unter rasch zunehmender Schwäche und allgemein nervösen Symptomen schliefslich unter dem Bilde einer depressorischen Krise des Gefäfssystems rasch zum Tode führte. Das Ganze spielte sich ab in einem Zeitraum von kaum $2^1/_2$ Monaten. Wirklich krank und arbeitsunfähig fühlte sich Patient nur etwa über 14 Tage. Die Sektion ergibt dann als einzigen wesentlichen Befund, eine hochgradige verkäsende Tuberkulose beider Nebennieren. Die alten Spitzenveränderungen der Lunge kommen nur als mutmafslicher Ausgangspunkt der Nebennierentuberkulose in Betracht. Sie hatten

selbst keine Symptome gemacht. Es ist also ein Fall von jener ziemlich seltenen ganz akuten Verlaufsform des Morbus Addisonii, die Bittorf den häufigeren chronischen Verlaufsarten gegenüber stellt. Bittorf weist nämlich gegenüber früheren Untersuchern wie F. A. Hoffmann, Averbeck und Jacquet, die versucht hatten, beim Morbus Addisonii klinisch verschiedene Stadien zu unterscheiden, darauf hin, dafs dies unzweckmäfsig sei, weil das Charakteristische der Krankheit nicht im Stadium (innerhalb der Krankheit), sondern eben im Typus der Verlaufsform liege, und unterscheidet zwischen akutem und chronischem Morbus Addison. Interessant im vorliegenden Fall ist das Verhalten des Blutdruckes. Der systolische Blutdruck betrug vier Tage vor dem Tode 110 mm H_2O (von Recklinghausen), einen Tag vor dem Tode 104 mm H_2O. Auch in anderen Fällen, die kurz vor dem Tode beobachtet sind, findet sich ein enorm niedriger Blutdruck. In den anderen, länger beobachteten wenigstens immer eine Tendenz zum Abfallen. Während man früher diese Zirkulationsschwäche auf ein Erlahmen der Herzkraft zurückführte und sich hauptsächlich mit den Symptomen beschäftigte, die klinisch am Herzen selbst nachweisbar sind, Verhalten des Spitzenstofses, der Töne, der Aktion, an denen man eigentlich nie etwas Besonderes gefunden hat, ist jetzt bekannt, seit der Kenntnis des Adrenalins und seiner physiologischen Wirkungen, dafs bei dieser Blutdruckerniedrigung unbedingt das Gefäfssystem eine Hauptrolle spielen mufs. *Fritz Loeb-München.*

Über die Pathogenese der Addisonschen Krankheit, von G. Marañon. (*Revista clin. de Madrid.* 1910. Nr. 11.) Der Verfasser teilt die Krankengeschichten von folgenden sieben Fällen mit: 1. 40jähriger Mann mit Asthenie, Melanodermie, aber sehr leichten suprarenalen Läsionen. 2. 45jähriger Mann mit Suprarenalitis sclerotica, Zerstörung der Drüsen ohne Addisonsche Symptome. 3. 42jähriger Mann mit Malum Pottii cervicale, Lungentuberkulose, Amyloidnieren, Tuberkulose der Nebennieren, ohne Addisonsche Symptome. 4. 30jähriger Mann mit Nierentuberkulose und Tuberkulose der Nebennieren. 5. 33jähriger Mann mit Miliartuberkulose und enormer tuberkulöser Läsion der rechten Nebenniere, beide letzteren ebenfalls ohne Addisonsymptome. 6. 40jährige Frau mit Ostitis und Peritonitis tuberculosa, Asthenie, diffuser Pigmentation und Nebennierentuberkulose und 7. 22jährige Frau mit dunklen Hautflecken, Nebennieren- und Bauchfelltuberkulose.

In seiner Betrachtung, die er an diese Fälle anschliefst, bekennt sich der Verfasser zu der Ansicht, dafs die Beteiligung der Nebennieren zur Hervorbringung des Addisonschen Symptomenkomplexes nötig ist. Die ohne glanduläre Läsion verlaufenen Fälle können nur entweder durch ungenaue Diagnosenstellung erklärt werden, oder wenn man bedenkt, dafs eine Beeinträchtigung der Funktion der Drüse ohne anatomische Läsion bestehen kann. Hat man doch auch bekanntlich manche plötzliche Todesfälle aus einem funktionellen Defekt der Nebennierenapparate zu erklären versucht. Die verschiedene Vulnerabilität von Fällen, welche gleiche Läsionen aufweisen, weist auf eine andere individuelle Disposition hin, welche in einem Defekt des chromafinen Systems bestehen kann, der vom Sympathikus abhängt. *Gunsett-Strafsburg.*

Zur Pathologie des Morbus Addisonii. II. Über Glykogenschwund nach doppelseitiger Nebennierenexstirpation bei Hunden, von Otto Porges-Wien. (*Zeitschr. f. klin. Med.* Bd. 70, Heft 3—4.) In der Leber von Hunden wurden einige Zeit nach der Nebennierenexstirpation nur geringe Glykogenmengen gefunden. Ein Vergleich mit den Versuchen Schöndorffs und Nebelthaus, die über den Glykogengehalt der Leber bei normal ernährten und mit Kohlenhydraten gefütterten Hunden Angaben machen bzw. die den Nachweis bringen, dafs Narkose eher zu Glykogenbildung führt, zeigt, dafs nach Ausfall der Nebennierenfunktion das Leberglykogen verloren geht. *Schourp-Danzig.*

Über den Morbus Addisonii und seine Beziehungen zur Hyperplasie der lymphatischen Apparate und der Thymusdrüse, von Kahn-Karlsruh. (*Virchows Archiv.* Bd. 200, Heft 3.) K. weist darauf hin, dafs sich in einer sehr beträchtlichen Anzahl von Fällen des Morbus Addisonii neben den Nebennierenaffektionen Veränderungen der lymphatischen Apparate von wechselnder Intensität angeführt finden, so dafs ein rein zufälliges Zusammentreffen ausgeschlossen werden darf.

Schourp-Danzig.

Addisonsche Krankheit. Schwere nervöse Symptome. Plötzlicher Tod. Nebennierentuberkulose. Persistenz der Thymus, von G. Marañon. (*Rev. ibero-americ. de ciencias méd.* 1910. Nr. 72.) Eine ausführliche Krankengeschichte mit genauem Sektionsbericht. *Gunsett-Straſsburg.*

Über einen Fall von Morbus Addisonii, von Enrico de Renzi. (*La nuova rivista clinica-terap.* 8. März 1910, referiert in *La riforma med.* 1910. Nr. 19.) Der Artikel enthält nichts Bemerkenswertes. *Gunsett-Straſsburg.*

Über palaeogenetische Gesichtszeichnungen bei akroterischer Scheckigkeit, von J. Hutchinson-London. (*Brit. med. Journ.* 18. Juni 1910.) Mit dem Worte „akroterisch" bezeichnet H. die Lokalisierung an der äufsersten Peripherie des Körpers, Füfsen, Händen und auch Kopf. Er bespricht die bekannten weifsen Flecke bei Tieren, namentlich Pferden, an der Stirn und den Fefseln, und gibt Abbildungen von analogen weifsen Zeichnungen bei vier Negerinnen. Über die Entstehung dieser Abweichungen von der Norm ist nichts Sicheres zu sagen. Verfasser deutet an, dafs irgendeine schädliche ererbte Beeinflussung sowohl bei Tieren wie bei Menschen dabei im Spiele sein müsse, kommt aber zu keinem definitiven Schlusse.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Über Bronzediabetes, von Eugen Bernoulli - Riehen. (*Korrespond.-Bl. f. Schweiz. Ärzte.* 1910. Nr. 19.) Mitteilung einer Krankengeschichte mit dem charakteristischen Verlaufe; die ersen Symptome: beginnende Kachexie oder Diabetes und Hautpigmentierung. Differentialdiagnostisch kommt zur Berücksichtignng, dafs die bei Morbus Addisonii vorkommenden Pigmentierungen der Mundschleimhaut und der Conjunctiva bei der Haemochromatose nie in höherem Grade beobachtet worden. Der meist in der schweren Form mit Acidose auftretenden Diabetes richtet den Kranken unter rapidem Kräfteverfall oft in wenigen Monaten zugrunde. Die Krankheit dauert nie länger als zwei Jahre. *Schourp-Danzig.*

Bronzecirrhose, von A. Gougert. (*Gaz. d. hôp.* 1910. Nr 88.) Es handelt sich um eine Cirrhosis hypertrophica pigmentaria alcoholica ohne Diabetes bei einem 43-jährigen Manne. Die Bronzefärbung findet sich im Gesicht, am Hals, den Handrücken, dem Penis und Scrotum und den Brustwarzen. Letztere sind beinahe schwarz. Am Zungenrand bestehen drei typische schiefrige Flecken. Was die Pathogenese der Krankheit anbetrifft, so ist bei den Pigmentcirrhosen eine quantitative und qualitative Vermehrung des Eisengehaltes der Leber nachweisbar. Dieses Eisen stammt aus einer Zersetzung der roten Blutkörperchen. Es ist aber unsicher, welche Ursache zu einer vermehrten Zersetzung der roten Blutkörperchen führt. Jedenfalls zeigte das Serum dieses Falles keine hämolysierende Wirkung und die Resistenzfähigkeit der roten Blutkörperchen war nur wenig vermehrt. *Gunsett-Straſsburg.*

Der kongenitale blaue Mongolenfleck, von E. Apert. (*Presse méd.* 1910. Nr. 25.) Der Mongolenfleck ist eine bei allen Neugeborenen gelber Rasse vorhandene blaue, ungefähr 2 Markstück grofse Pigmentation, die vor dem achten bis zehnten Jahre wieder verschwindet. Es handelt sich dabei um ein in den tiefen Cutisschichten in Fufsformen oder sternförmigen Zellen eingeschlossenes schwarzes Pigment. Bei

der weifsen Rasse ist der blaue Fleck nur sehr selten vorhanden. Interessant ist der Umstand, dafs bei gekreuzten Rassen das Auftreten desselben ungefähr nach dem MENDELschen Gesetz erfolgt. *Gunsett-Strafsburg.*

Regressive Ernährungsstörungen.

Die Behandlung der „Varicen“ und „Ulcera cruris“ mit besonderer Berücksichtigung des Zinkleimverbandes, von HECKER-Strafsburg i. E. (*Berl. Klinik.* Oktober 1909.) Die Vorteile des Zinkleimverbandes gegenüber sonstigen Verbänden bezüglich Heilungsmöglichkeit und Kosten werden an der Hand zahlreicher Fälle aus einer Bezirkspflegeanstalt sehr anschaulich geschildert. *Arthur Schucht-Danzig.*

Operative Resultate bei den nicht ulcerativen Varicen der unteren Extremitäten, von N. ATHANASESCU-Bukarest. (*Spitalul.* 1910. Nr. 14.) Grofse Varicen, die wahre Tumoren bilden und schmerzhaft sind, müssen operiert werden. Die beste Methode ist die Ligatur oder Resektion der Venen, verbunden mit der Ausschneidung eines Hautstreifens, wie dies von SCHWARZ und ALGLAVE angegeben worden ist. Die Resultate sind aber nicht immer die gleichen, denn dieselben hängen nicht nur von dem Zustande der oberflächlichen Venen ab, sondern auch von demjenigen der tiefen, die oft ebenfalls weitgehende Veränderungen in der Beschaffenheit ihrer Wand darbieten. Schaltet man nun ein grofses oberflächliches Gebiet des Blutabflusses aus, so wird die Überlassung der tieferen Bahnen eine um so gröfsere sein. Aufser der chirurgischen, mufs in allen Fällen auch eine hygienische Behandlung durchgeführt werden. *E. Toff-Braila.*

Die Behandlung von varikösen Venen der unteren Extremität durch Losreifsen, von H. D. O SULLIVAN-Burton-on-Trent. (*Brit. med. Journ.* 16. April 1910.) Folgende Operationsmethode wird als zweckentsprechend und relativ einfach empfohlen: Unter Blutleere und Kokainanästhesie wurde durch einen Winkelschnitt die Vene an ihrem oberen Ende dicht unterhalb des Knies freigelegt, unterbunden und durchschnitten, wobei man das zentrale Stück mit der Ligatur dann in seine Umgebung sich zurückziehen liefs. Darauf wurde das untere Stück der erweiterten Vene in ähnlicher Weise behandelt; Nebenäste wurden dann unterbunden und abgetrennt. Alsdann wurde eine gefensterte Silbersonde, mit starker Seide armiert, von der unteren Inzision her durch die ganze Länge des ausgeschnittenen Venenstückes geführt, worauf das freie Ende fest an die Seide angebunden wurde. Durch einen stetigen kräftigen Zug konnte dann das exzidierte Venenstück herausgerissen werden. Auch andere zwischen den Hautschnitten gelegene Venenstücke konnten so entfernt werden. Bei einem genauer geschilderten Falle wurden 60 cm Venen durch Hautschnitte von nur 17 cm Länge entfernt. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Eine einfache Hämorrhoidenoperation ohne Blutung, von LOUIS HIRSCHMANN-Detroit. (*Klin. therapeut. Wochenschr.* 1910. Nr. 43.) Zur Lokalanästhesie am Anus und Rektum verwendet H. eine sterilisierte 1%ige Lösung von Chinin und salzsaurem Harnstoff; diese ungiftige Lösung ist durch die hämostatische Wirkung, die durch die Ablagerung und Kontraktion des fibrinösen Exsudates um die Blutgefäfse hervorgerufen wird, von grofsem Wert für die Vorhütung nachoperativer Blutungen. *Schourp-Danzig.*

Ein neues Verfahren zur radikalen Beseitigung der Hämorrhoiden, von W. SCHAACK. (*Centralbl. f. Chir.* 1910. Nr. 38.) Das Neue an der Methode ist die Anwendung einer von DOMBROWSKI-Petersburg angegebenen Zange, welche eine halbkreisförmige Biegung der fassenden Branchen besitzt, auf der die Knoten verschorft werden. *Gunsett-Strafsburg*

Ein Fall von generalisierter Teleangiektasie, von VERCOULLIE-Gent. (*Journ. méd. de Bruxelles.* 1910. Nr. 40.) Es handelt sich um einen 30 jährigen, robusten Kranken, bei dem vor fünf Jahren eine maculo-papulöse Hauterkrankung auftrat, welche allmählich außer Gesicht, Palmae, Plantae und Genitalorganen den ganzen Körper mit kleinen, runden, lebhaft rotgefärbten Elementen überzog, welche unter Glasdruck verschwinden, aber bei Hautreizung viel röter werden. Mikroskopisch fand sich bei intakter Epidermis eine Rundzelleninfiltration der Pars papillaris und reticularis, welche den Gefäßen folgt, und aus jungen Bindegewebszellen oder Fibroblasten besteht, darunter auch Lymphocyten. Die Gefäße sind erweitert und zeigen eine Schwellung des Endothels (Endo- und Perivasculitis). *Gunsett-Straßburg.*

Über die Behandlung des Ulcus cruris mit Scharlachrot, von KURT PEIN-Berlin. (*Ther. d. Gegenwart.* März 1910.) Solange noch stark eitrige Sekretion des Geschwüres bestand oder nekrotische Beläge den Geschwürgrund bedeckten, wurde nie eine günstige Wirkung der angewandten 8%igen Scharlachrotvaseline konstatiert, wohl aber nach erfolgter Reinigung des Geschwüres. Auch Fälle, die prognostisch sehr ungünstig erschienen, zeigten gute Heilung. Das gebildete Epithel zeichnete sich durch seine gute Solidität aus. *Arthur Schucht-Danzig.*

Die Behandlung des Unterschenkelgeschwürs, von J. SCHÄFFER-Breslau. (*Med. Klinik.* 1910. Heft 5.) Eine für den Praktiker lehrreiche Zusammenstellung der Therapie des Ulcus cruris und seiner Komplikationen. Besonders die Ekzemtherapie ist eingehend behandelt. Auch sind die modernen Verfahren, wie Leimverband, Verwendung der KROMAYERschen Quarzlampe bei alten, callösen Geschwüren in genauester Weise dargestellt. Eine große Anzahl Rezepte sind dem Text beigegeben. *Gunsett-Straßburg.*

Einfache und wirksame Behandlung variköser Unterschenkelgeschwüre, von DUBALLEN. (*Bull. med.* 1910. Nr. 27.) Verfasser empfiehlt folgenden Vorgang zur Behandlung hartnäckiger Unterschenkelgeschwüre: 1. Absolute Bettruhe, Hochlagerung des Beines und häufig gewechselte Umschläge mit Natr. bicarb. 15:1000 durch drei bis fünf Tage, bis das Geschwür geheilt ist. 2. Durch zwei bis drei Tage Aufstreuen von Bismut. subnitr., Zinc. oxyd = 5,0, Talc. 20,0. Dadurch bildet sich eine Kruste, die nicht entfernt werden darf. 3. Auflegen eines Zinkpflasters, das genau dem Geschwüre angepaßt ist und Bandagierung des Beines, am besten mit einer elastischen Binde. Baldige Aufnahme der Bewegungen. Auf diese Weise will Verfasser sehr hartnäckige Geschwüre in überraschend kurzer Zeit geheilt haben. Zwei Krankengeschichten. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Die Behandlung der Beingeschwüre mit Zinkleimverbänden, von B. A. THOMAS. (*Univers. Pennsylvan. med. Bullet.* Bd. 23, Nr. 8.) In der Behandlung der Ulcera cruris mittels des UNNAschen Zinkleimverbandes sieht Verfasser die zurzeit praktischste und wohlfeilste Methode, die er auf wärmste empfiehlt. *Schourp-Danzig.*

Hautatrophie; ein wichtiges diagnostisches Zeichen im Frühstadium der Lungentuberkulose, von CLARENCE L. WHEATON-Chicago. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 54, Nr. 26.) Bei einer beträchtlichen Anzahl von tuberkulösen Patienten fand W. die Haut atrophisch und nicht der Muskelfascie adhärent; diese Hautbeschaffenheit ist schon im frühesten Stadium der Krankheit festzustellen und bei einseitiger Lungenerkrankung nur auf der erkrankten Brustseite zu beobachten. *Schourp-Danzig.*

Zur Verhütung des Haarausfalles, von KROMAYER-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 20.) Die wichtigsten Ursachen des Haarausfalls sind nach KR. abnorm starke Schweiß- und Fettsekretion am Kopfe und die Wirkung der in den fettigen Schuppen ins Ungeheure sich vermehrenden, gewöhnlichen, schmarotzenden

Mikroorganismen, die den Schweiſs und das Talgdrüsensekret zur Zersetzung bringen und dadurch eine Reizung der Haut und mit dieser eine noch stärkere Sekretion und Schuppenbildung hervorrufen. Allmählich greift dann der anfangs oberflächliche Entzündungsprozeſs in die Tiefe und schlieſslich kommt es zur bindegewebigen Atrophie der Haut und der Haarpapillen. Zur Verhütung des gewöhnlichen Haarausfalls ist demzufolge systematische Reinigung der Kopfhaut von frühester Jugend an notwendig. Diese Reinigung wird in rationeller und bequemer Weise mittels des von Kr. konstruierten „Glittels", eines etwa 20 cm langen, leicht gebogenen Hartgummistabes, der an einem Ende einen Ausschnitt zur Aufnahme eines länglichen Wolltampons oder „Kokons" trägt, von der betreffenden Person selbst vorgenommen. Der Kokon wird mit einer geeigneten Flüssigkeit getränkt, bei nicht sehr fettiger Haut mit einem alkalischen Spiritus wie

Natr. bicarbonic.	1,5	oder	*Spirit. colon.*	20,0
Spirit. vini			*Glycerin*	
Aqu. dest.	ää 80,0		*Ol. Ricini*	ää 1,0—5,0,

bei sehr starker Sekretion mit einem fettlösenden Mittel, dem aber etwas Fett zugesetzt werden muſs, wie

Ol. Paraffin.	2,0—5,0	oder	*Vaselin. alb. americ.*	2,0—5.0
Benzin. rectif. ad	100,0		*Carbon. tetrachlorat. puriss. ad*	100,0.

Der Glittel wird einfach zwischen den Haaren durchgeführt, der Kokon nimmt dabei Schuppen, Sekret und Staub in sich auf; die ganze Prozedur, die etwa zehn Minuten beansprucht, wird zwei- bis dreimal wöchentlich wiederholt. — Auch wenn sich die Erkrankung der Kopfhaut und der Haarausfall schon entwickelt haben, ist die Reinigung der Haut noch von gröſster Bedeutung; daneben muſs dann allerdings mit reduzierenden Mitteln, vor allem mit Schwefel und Teer vorgegangen werden. Mit dem Glittel lassen sich Reinigung und medikamentöse Behandlung in der einfachsten Weise kombinieren.

Der kleine Apparat, der von Kopp und Joseph, Berlin, hergestellt wird, hat sich seit Jahren in der Privatpraxis Krs. ausgezeichnet bewährt; er sollte wie die Zahnbürste ein allgemeiner Gebrauchsartikel werden. *Götz-München.*

Eine Art narbiger Kahlheit, von K. Sakurane-Osaka. (Mitteil. d. Med. Ges. zu Osaka. 1909.) Zwei gleichartige Fälle bei zwei Brüdern, wo ein chronisch entzündlicher Prozeſs in der Cutis um die Haarbälge letztere allmählich zerstört; die Haare der Subcutis werden erst später betroffen. Sakurane reiht beide Fälle der Gruppe von Acne decalvans Lailler ein. *Arthur Schucht-Danzig.*

Alopecia und Seborrhoe, von Charles I. White-Boston. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 55. Nr. 13.) Klinische Studie. Das Beobachtungsmaterial umfaſst 794 Fälle. In 30 Prozent war die Alopecie ererbt, in 79 durch Seborrhoe verursacht. *Schuorp-Danzig.*

Ein Fall von selbsterzeugter Alopecie, von G. R. East-Morpeth. (*Brit. med. Journ.* 9. Juli 1910.) Ein 30jähriger Geisteskranker mit chronischer Manie hat im Laufe von wenigen Monaten alle Haare am Gesicht, Kopf, den Achselhöhlen und dem Schamberg sich ausgerissen, und es finden sich an diesen Stellen jetzt nur spärliche Lanugohärchen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über einen Fall von periodischer Alopecie, von Vignolo-Lutati. (*Morgagni.* 10. Juli 1910.) Der Autor konnte seit zwei Jahren bei einem 16jährigen Mädchen folgende merkwürdig verlaufende Alopecie beobachten. Mit Beginn des Herbstes läſst das Allgemeinbefinden der Kranken erheblich nach, es tritt Anämie auf und zu gleicher Zeit fallen die Haare spontan aus, ohne daſs damit irgendwelche entzündliche Erscheinungen einhergehen. Die Wurzelhaut des Haares ist dann ohne Glas-

membran, etwas atrophisch und entfärbt, der Schaft des Haares ist hingegen vollkommen normal. Wenige Haare weisen Knoten von Trichorrhexis auf. Zum Teil sind sie an diesen Stellen abgebrochen. Dieser Zustand dauert bis zum Beginn des Frühjahrs. Dann hebt sich der Allgemeinzustand wieder, die Haut verliert ihre Anämie und die Haare wachsen wieder, bleiben dann gegen Zug fest und resistent, um im Herbste wieder auszufallen. *Gunsett-Strafsburg.*

Postimpetiginöse Alopecie der Kopfhaut, von DUBOIS-HAVENITH. (*La Policlinique.* 1910. Nr. 11.) Im Anschlufs an eine Pediculosis hatte sich bei einem Kinde eine heftige BOCKHARTsche Impetigo mit Follikulitis und Perifollikulitis gebildet, die mit kleinen narbigen Alopecien abheilte. *Gunsett-Strafsburg.*

Zur Frage der Alopecia areata dentalen Ursprungs, von P. JOURDANET-Uriage. (*Lyon méd.* 1910. Nr. 29.) Polemischer Artikel zur Verteidigung der bekannten JAQUETschen Theorie vom dentalen Ursprung der Alopecia areata gegen einen Angriff von BAILLY. Der Verfasser war selber Träger einer kleinen Plaque links am Nacken und zu gleicher Zeit einer Caries des linken unteren Weisheitszahns. *Gunsett-Strafsburg.*

Beitrag zur Ätiologie der Alopecia areata, von U. REBAUDI. (*Morgagni.* 23. Nov. 1910.) Der Autor berichtet über vier Fälle von Alopecia areata, welche aller Wahrscheinlichkeit nach durch Ansteckung entstanden sind. Es handelte sich um vier Soldaten derselben Kompagnie. *Gunsett-Strafsburg.*

Die Hemicanietes, von E. FRANÇOIS-DAINVILLE. (*Presse méd.* 1910. Nr. 26.) Eine literarische Studie. *Gunsett-Strafsburg.*

Sklerodermie und symmetrische Asphyxie der Extremitäten, von G. TURRETTINI-Genf. (*Revue méd. de la Suisse romande.* 1910. Nr. 4.) Es handelt sich um eine 19jährige Kranke, welche seit ihrem elften Lebensjahre an paroxysmatischer Cyanose der Extremitäten leidet, die mehrmals täglich kommt und verschwindet. Allmählich sind die Hände spitzer und dünner geworden. Die Haut wurde unverschieblich, gespannt, retrahiert und auf der Unterlage adhärent. Auch das Gesicht ist vollständig zu einer unbeweglichen Maske geworden. Auf den Füfsen haben sich weite Ulcerationen gebildet, die durch Ruhe mehr oder weniger verschwinden, sich aber sofort wieder bilden, wenn die Kranke tätig ist. Auch die Knochen zeigen ausgesprochene dystrophische Erscheinungen. Es mufste sogar vier Jahre nach Beginn der Affektion eine Zehe amputiert werden. Radiographisch lassen sich die bei der Sklerodaktylie üblichen Knochenveränderungen feststellen: Atrophie, Osteoporose und Verkürzung der Knochen. An zwei Zehen wurden Spontanfrakturen konstatiert.

Bei dem Fehlen von Perioden der Syncope glaubt der Verfasser die RAYNAUDsche Krankheit ausschliefsen zu können, besonders da bei dieser Erkrankung eher symmetrische, trockene, gangränöse Flecken, nicht aber die eben erwähnten Ulcerationen auftreten. Auch die Acrocyanose, an welche die intermittierende Asphyxie denken liefse, kommt nicht in Betracht, da bei ihr die Knochenerkrankungen fehlen. Diese intermittierende Asphyxie sieht T. als Vorläufer der Sklerodermie an und als Ursache derselben eine auch in diesem Fall nachweisbare Hypoplasie der Thyreoidea. Der Arbeit geht die Krankengeschichte eines typischen Falls von RAYNAUDscher Krankheit voraus. *Gunsett-Strafsburg.*

Die Sklerodermie bei der Struma simplex, von MAURICE KLIPPEL. (*Semaine méd.* 1910. Nr. 18.) Eine 48jährige Frau mit generalisierter Sklerodermie weist aufserdem eine beträchtliche Hypertrophie der Glans thyreoidea auf und zwar besonders des rechten Lappens derselben auf. Der Autor möchte deshalb im Anschlufs an andere Fälle der Literatur die Ursache der Sklerodermie in einer Erkrankung der Drüsen mit interner Sekretion suchen. *Gunsett-Strafsburg.*

Sklerodermie nach Thyreoidektomie, von Pauchet. (*Bull. méd.* 1910. Nr. 92.) Bei einer 44jährigen Frau wurde wegen eines schweren Basedow der rechte Schilddrüsenlappen exstirpiert. Die Erscheinungen besserten sich rapid. Aber nach zwei Monaten begann unter rheumatoiden Schmerzen Sklerosierung der Haut des Gesichts und der Finger. An ersterer Stelle ist sie verdickt, hart, nicht abhebbar, an letzterer glänzend mit dem Knochen verwachsen. Es wurden auch bei nichtoperiertem Basedow ähnliche Fälle beobachtet. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Subcutane Kalkeinlagerung und Sklerodermie, von Thibierge und Weissenbach. (*Bull. méd.* 1910. Nr. 54.) Bei einer 54jährigen Frau traten Kalkeinlagerungen in der Haut der Finger und der Streckseite der Extremitäten auf. Gleichzeitig begann eine von den Fingern proximal aufsteigende Sklerodermie. Da schon mehrere ähnliche Fälle bekannt sind, meinen die Autoren, dafs diese von den anderen Kalkeinlagerungen der Haut getrennt werden müssen. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Behandlung des Sklerems der Neugeborenen, von M. Dufour. (*Bull. méd.* 1910. Heft 16.) D. hat durch Einwickelung der Kranken in Watte und Taffet das Sklerem völlig unterdrückt. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Statistische, kasuistische und histologische Beiträge zur Lehre vom Lupus erythematodes, von Maria Robbi-Bern. (*Klin. therap. Wochenschr.* 1910. Nr. 25—28.) Die Ätiologie des Lupus erythematodes ist unaufgeklärt. Weder durch die Statistik, noch durch Sektionsbefunde, noch durch Tuberkulinuntersuchungen, noch durch histologische Befunde und Tierversuche ist bewiesen, dafs der Lupus erythematodes in gleichem Sinne ätiologisch zur Tuberkulose zu rechnen ist, wie die Tuberkulide. — Es gibt bei Lupus erythematodes disseminatus ein durch Aussehen und Lokalisation dem Lichen scrophulosorum ähnelndes kleinpapulöses Exanthem, das sich aber durch das histologische Bild und durch das Fehlen der lokalen Tuberkulinreaktion streng vom Lichen scrophulosorum unterscheiden läfst. — Histologisch wurde von dem Verfasser in einer gröfseren Anzahl von Fällen das Vorkommen von elastischen Fasern zwischen den Epithelzellen festgestellt. Histologische Zeichen von Tuberkulose fehlten in ihren Präparaten stets. *Schourp-Danzig.*

Sensibilitätsstörungen bei Vitiligo, von Hans Koenigstein-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 49.) Bei einer 43jährigen Frau fand sich fast über den ganzen Körper ausgebreitet eine Vitiligo, deren unregelmäfsig verteilte Flecken zwischen Kreuzergröfse und dem Umfange einer Männerhand wechselten. Bei der Prüfung der Berührungsempfindung erwiesen sich die depigmentierten Stellen gegenüber den pigmentierten durchgehends als unterempfindlich; dabei begann die normale Sensibilität nicht unmittelbar an der Grenzlinie zwischen den verschieden gefärbten Zonen, sondern etwa 1 cm innerhalb des pigmentierten Gebietes. Die Störung der Berührungs- und Schmerzempfindung ist eine gleich starke, während die Differenzen in der Temperaturempfindung zwar deutlich und prompt angegeben werden, aber etwas weniger intensiv zu sein scheinen. Das Prüfungsergebnis ist in allen Körperregionen identisch und wird bemerkenswerterweise auch an den kleinsten Flecken erzielt.

Ähnliche Sensibilitätsstörungen finden sich bei einzelnen Fällen (nicht bei allen Fällen) von Leukoderma syphiliticum.

Verfasser erinnert an die Untersuchungen Kreibichs, der nachwies, dafs experimentell erzeugte Dermatitiden vor leukodermatischen Flecken Halt machen. Verfasser glaubt, dafs es sich bei Vitiligo vielleicht um einen chronischen Entzündungsprozefs handelt, bei dem die sensiblen Nervenendigungen beteiligt sind; so kommt es zu einer Leitungsunterbrechung. *W. Lehmann-Stettin.*

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 52. №. 8. 15. April 1911.

Aus Prof. UNNAS Dermatologicum.

Histologische Veränderungen des Gewebes nach Einspritzungen von Salvarsan.

Von

Dr. ANTON TRÝB-Prag.

Lokale Nebenerscheinungen, die als Nachteil die verschiedensten Methoden der Salvarsaneinspritzungen begleiten, fordern auf, das Interesse den Veränderungen zuzuwenden, die lokal im Gewebe entstehen. Viele Autoren haben bereits gefunden, daſs es sich bei solchen nachteiligen Nebenerscheinungen um circumskripte Nekrosen handelt, die allmählich unter Narbenbildung resorbiert werden; ich habe mir daher vorgenommen, dieses Absterben der injizierten Partien genauer zu studieren, um vielleicht aus den histologischen Bildern einen Schluſs ziehen zu können, welches die deletäre Wirkung des Arsenobenzols ist. Liegt sie in dem Giftvermögen des Arsen selbst? — Wird sie durch die üblichen Zusätze einiger Chemikalien (wie es bei den verschiedenen Methoden geschieht) modifiziert? — Welches wäre dann diejenige Methode, die am wenigsten das Gewebe schädigt?

Des Salvarsan chemischer Charakter ist schon allgemein bekannt. Wir wissen, es ist ein saures Salz, das sich in Wasser ziemlich leicht löst und dessen Löslichkeit durch Natronlauge gesteigert wird. In Ammoniak löst sich Arsenobenzol nur in geringen Mengen, meist gar nicht. Die neutrale Suspension kann man auch durch Zusatz von Säuren in eine klare Lösung verwandeln. Bei Anwesenheit von Salzen (NaCl) fällt Salvarsan nach einiger Zeit in Form weiſser Flöckchen aus. Etwas Ähnliches geschieht auch in Kontakt mit organischem Gewebe, das ja meist sauer reagiert. Nehmen wir eine alkalische Lösung von Salvarsan und gieſsen sie über frisch ausgeschnittene Stückchen Muskulatur oder Leber im Reagenzglas: nach einigen Minuten trübt sich die Lösung um die Organstücke herum milchig. Diese Trübung wird sofort durch Zusatz kleiner Mengen Natronlauge vollständig gelöst.

Dies sind alles mehr oder weniger bekannte Tatsachen. Es wurde jedoch bisher nichts publiziert über das Verhalten des Salvarsan gegenüber oxydierenden und reduzierenden Stoffen, wie wir sie ja ebenfalls in jedem tierischen Gewebe vor uns haben. Wir können da von vornherein sagen, dafs Salvarsan eins der reduzierendsten Mittel ist, die wir besitzen.

Wir können leicht seine kolossale Wirkung in dieser Beziehung im Reagenzglas bei der schwächsten Konzentration sehen. Sublimat, Goldchlorid, Argentum nitricum werden sofort durch ganz geringe Mengen Salvarsan reduziert, indem sie die betreffenden Metallniederschläge bilden. Osmiumsäure wird sogar so stark reduziert, dafs man diesen Umstand benutzen kann, um Salvarsan in den Gewebsschnitten deutlich nachzuweisen. Man braucht nur die Schnitte mit dem Objektträger einige Minuten über die Dämpfe der in einer Flasche befindlichen Osmiumsäure zu halten, und alle Partikel Salvarsan erscheinen uns im Präparat schwarz wie Tuschkörnchen. Dasselbe gelingt uns, wenn wir die Schnitte einige Stunden in 1%igem Silbernitrat liegen lassen — jedoch diese Methode ist der Niederschläge wegen weniger zuverlässig und elegant. Allerdings gilt diese Art des Nachweises nur für Depotstellen, wo sich die Substanz frei befindet und ihr volles Reduktionsvermögen entfalten kann, in Schnitten dagegen von Organen, in deren Parenchymzellen man mit einer starken Vergröfserung Salvarsanstäubchen leicht sehen kann, kommen wir nicht mit dieser Methode aus, da einmal die Partikel in Zellen eingeschlossen sind und zweitens Salvarsan in solchen Fällen doch schon etwas von seiner Reduktionskraft verloren hat. Mit empfindlicheren Methoden können wir es aber doch nachweisen.

Aufser den genannten, in der Chemie gebräuchlichen Methoden haben wir nämlich neuerdings auch sehr gute Mittel kennen gelernt, um oxydierende und reduzierende Eigenschaften an den verschiedensten Stoffen derart nachzuweisen, dafs Färbung oder Nichtfärbung entweder Reduktion oder Oxydation an der betreffenden Stelle direkt nachweist und dabei keine störenden Niederschläge wie bei den eben genannten Metallsalzen das Bild verdunkeln. Es sind dies die von Unna und Golodetz gefundenen Reduktions- und Oxydationsfärbungen mit Rongalitweifs und der Mischung von Eisenchlorid mit rotem Blutlaugensalz, wie sie in der „Chemie der Haut", VI[1], angegeben wurden.

Wenn man im Reagenzglas zu einer Salvarsanlösung einige Tropfen Rongalitweifs zusetzt, so tritt keine Veränderung ein, da beide höchst reduzierend sind. Setzt man jedoch derselben Salvarsanlösung einige Tropfen

[1] Unna und Golodetz, „Zur Chemie der Haut. VI. Hautreagentien." *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1910. Bd. 50, S. 451.

der genannten Eisen-Cyanmischung zu, so entsteht sofort ein dunkelblauer Niederschlag von Berlinerblau. Hauptsächlich werden wir uns aber der beiden Reagentien bei der Untersuchung von Schnitten sehr gut bedienen können, wo wir die Wirkung des Salvarsan in Berührung mit dem Gewebe beobachten wollen. Denn dann wird nicht nur etwa vorhandenes Salvarsan durch Reduktionsfärbung nachgewiesen, sondern gleichzeitig die Reduktions- und Oxydationskraft des anliegenden Gewebes tinktoriell bestimmt. Ehe wir das histologische Bild der Salvarsanwirkung studieren, müssen wir noch kurz erörtern, wie sich Salvarsan gegen Oxydationsmittel verhält.

Versuchen wir, Salvarsan energisch durch H_2O_2 zu oxydieren, so erfolgt sofort eine Zersetzung der Substanz: die hellgelbe, klare Flüssigkeit wird zu einer dunkeln, die bald in eine rotbraune, trübe Suspension übergeht. In Lösungen sehr schwacher Konzentration bildet sich kein Niederschlag, sondern die gelbe Lösung wandelt sich nur in eine braune um. Wir können selbst noch nach ganz energischer Oxydierung mit H_2O_2 nachweisen, daſs die Lösung Salvarsan doch ihr Reduktionsvermögen nicht ganz verloren hat. Dabei spaltet sich Ammoniak ab, was durch den Geruch und auch mittels Salzsäure nachgewiesen werden kann. Bei konzentrierten Lösungen und auch bei Anwesenheit von Natronlauge geht die Oxydation rascher vor sich und die Ammoniakabspaltung wird deutlicher. Mit Reduktionsmitteln wie Rongalit, Pyrogallol, Formalin usw. verändert sich Salvarsan (auſser leichter opaleszierender Trübung) nicht. Wir können also den Schluſs ziehen, daſs, wo sich im Gewebe die gelben Schollen des Salvarsan in braune Massen verwandelt haben, eine Oxydation der Substanz vorliegt.

Zur Erkennung der lokalen Wirkung des Salvarsan habe ich eine Reihe von Experimenten an Kaninchen, Hühnern und Mäusen angestellt, die mir Auskunft geben sollten:

1. über die lokalen Veränderungen des Gewebes nach Einspritzungen von Salvarsan,
2. über den Grad und das Verhältnis der Resorbierbarkeit subcutan und intramuskulär applizierter Injektionsmassen,
3. über die Zeit und Art der Resorbierbarkeit bei den verschiedenen für die Salvarsaninjektion üblichen Methoden,
4. über das Verhalten des Arsenobenzols im gesamten Organismus und seine Ausscheidung (soweit es durch histologische und experimentelle Methoden erreichbar ist),
5. über das Wesen der Wirkung des Arsenobenzols.

Die Methode der Experimente ist ganz leicht. Man kann kleine Mengen saurer, neutraler oder alkalischer Lösungen von Arsenobenzol subcutan oder intramuskulär den Versuchstieren einspritzen und hat nur darauf

zu achten, daſs durch Einhalten von Maſsregeln der Asepsis die Arbeit verläſslich ausfällt. Zu diesem Zwecke muſs man die Injektionsstellen im ganzen Umfang durch Mull- und Leukoplastverbände schützen, um das verunreinigende Kratzen der Stellen zu verhindern.

Obzwar meine Versuchstiere meist mehr als die für Menschen berechnete Dosis bekamen (0,05 bis 0,06 pro 1 kg), blieben sie immer munter und äuſserten besten Appetit. Nach verschiedenen Zeiträumen wurden die Injektionsstellen ausgeschnitten und untersucht.

Im allgemeinen äuſsern sich die lokalen Veränderungen durch parenchymatöse oder (bei den Muskeln) wachsige Degeneration der Umgebung, die in der Mitte und überall dort, wo das Gewebe direkt mit Salvarsan in Berührung kommt, in Nekrose übergeht. Diese ist desto vollkommener, je länger die Substanz an der Stelle liegen geblieben ist. Auſser Substanzbröckeln nehmen wir an diesen Stellen regelmäſsig eine Anhäufung von Leukocyten wahr, die ihre Tinktionsfähigkeit verloren haben und bald mit den Gewebsresten einem totalen Zerfall unterliegen. Ringsumher bemerken wir immer eine Reaktionszone, die aus wuchernden Bindegewebszellen, Plasmazellen und später Riesenzellen besteht. Die Form und der Charakter der Bindegewebszellen ist hier in hohem Grade mannigfaltig, so daſs wir an einzelnen Stellen direkt im Zweifel sind, ob wir eine grob granulierte, hypertrophische Bindegewebszelle oder eine Plasmazelle vor uns haben. Übergänge beider Formen sind leicht zu konstatieren. In diesem Reaktionsring finden wir dann auch ganze Herde von Bindegewebszellen, die Salvarsan in bedeutender Menge aufgenommen haben. Selten finden wir hingegen Leukocyten in dieser Reaktionszone und dieselben nehmen kein Salvarsan oder höchstens in Spuren auf. Überhaupt bemerken wir so gut wie keine Phagocytose der Leukocyten dem verstäubten Salvarsan gegenüber. Im Zentrum der Depotstelle und überhaupt überall, wo das Gewebe in direkter Berührung mit gröberen Salvarsanresten ist, können wir überhaupt keine Phagocytose der Substanz bemerken.

Wir wollen nun die verschiedenen Modifikationen der Injektionen daraufhin besprechen, inwiefern sich ihre Injektionsstellen voneinander unterscheiden.

Die Injektionsstelle der subcutanen Einspritzung einer sauren Lösung weist nach einer Stunde keine besonderen Veränderungen auf. Das Gewebe ist etwas ödematös — richtiger gesagt: durch die Injektion zur Quellung gebracht, durch Salvarsan gelb gefärbt und mäſsig von abgestorbenen, nicht tingiblen Leukocyten durchdrungen. Nach einigen Tagen finden wir an der Injektionsstelle einen Herd hellgelber, scharfer Scherben, die nur hier und da etwas bräunlicher (oxydiert) erscheinen. Im Zentrum finden wir bereits den besprochenen Detritus von Leukocyten, Gewebszellen und Kernen, an der Peripherie kann man schon wieder einige gut erhaltene

und tinktionsfähige Leukocyten beobachten. Die Reaktion des Bindegewebes ist nicht stark, erst nach und nach wird das ganze Depot eingeschlossen in ein narbiges Gewebe, in dem übrigens die elastischen Fasern erhalten bleiben.

Die Resorption geht äufserst langsam vor sich, was ja schon die klinische Erfahrung lehrt. Diese Tatsache erklärt sich nach den histologischen Bildern dadurch, dafs das Salvarsan in saurer Lösung weniger reizend als abtötend auf das Gewebe wirkt. Beim Zusammenbringen einer solchen, isotonisch gemachten Lösung mit frischem Blute können wir im Reagenzglas und auch unter dem Mikroskop eine stark vernichtende Wirkung derselben auf die roten Blutkörperchen nachweisen, von denen nach kurzer Zeit nur Schatten übrig bleiben. Diese Veränderung der Blutkörperchen verursacht an den Einspritzungsstellen eine andauernd mangelhafte Blutzirkulation, die auch dazu führen mufs, dafs die durch saures Salvarsan entstandenen Schädigungen sich nur langsam ausgleichen können. So konnte ich in einer solchen Narbe noch nach 1½ Monaten ganze Herde von Salvarsan sehen, das meistens durch grofse Bindegewebszellen oder Riesenzellen (an denen das Zusammenfliefsen aus mehreren Zellen ganz deutlich war) aufgenommen worden war. In dem Falle war an dieser Stelle nicht mehr als 0,006 Salvarsan injiziert.

Ein ziemlich ähnliches Bild bekommen wir bei der Untersuchung der Injektionsstellen nach der Injektion neutraler Suspensionen. Da bei dieser Methode das Salvarsan schon gleich von vornherein in ausgefällter Form dem Gewebe eingespritzt wird, geht die Resorption nur langsam vor sich, und bei den lange liegenden Bröckeln der Substanz können wir dieselbe Reihenfolge der Erscheinungen beobachten wie nach sauren Lösungen. Es sind nur geringe Unterschiede in der Konsistenz und Farbe vorhanden, insofern wir statt hellgelben glatten Scherben krümelartige Bröckelchen finden, die meist bräunlichgrau (oxydiert) aussehen. Auch hier können wir die Aufnahme der Substanz von Bindegewebszellen in der Reaktionszone beobachten und auch Häufchen von aufgenommener Substanz sehen, an deren Stelle die früheren Zellen ganz oder fast ganz zerstört und verloren gegangen sind.

Vollständig anders erscheint uns das Bild nach einer alkalischen Einspritzung. Nach einigen Stunden schon finden wir keine Salvarsandepots, sondern nur noch mit Salvarsanlösung imbibierte Stellen, die schmutziggelb aussehen, die aber nur gefärbte, nekrotische Fetzen des Gewebes zu sein scheinen. Von dem Salvarsan selbst kann man aufser der Färbung des Gewebes nichts mehr sehen. Haben mithin bei der alkalischen Injektion in Berührung mit dem sauren Gewebe flockige Ausfällungen stattgefunden, so sind diese bereits wieder resorbiert. Später ist die Stelle der Einspritzung vollständig abgestorben und ringsumher von

einer scharfen Demarkationslinie umgeben, die aus wuchernden Bindegewebszellen, Plasmazellen und Leukocyten besteht. Der ganze Prozefs scheint viel intensiver zu sein als nach saurer und neutraler Injektion. Man kann hier von einer akuten, entzündlichen Proliferation sprechen, an der sich sämtliche Elemente des Bindegewebes sowie auch die Gefäfse beteiligen. Während es bei aseptisch strengen Mafsnahmen nach subcutaner Injektion saurer Lösungen äufserst selten zu einer Nekrose der injizierten Stelle kommt (was auch von neutralen Lösungen gilt), konnte ich in drei Vierteln meiner subcutanen Injektionen mit alkalischer Arsenobenzollösung immer Nekrosen beobachten, die die ganze Injektionsstelle in einen Schorf verwandelten, der nachher mit scharfer Demarkationslinie als eine mächtige Borke abgestofsen wurde. Die Stellen disponierten desto mehr zur Nekrose, je näher der Epidermis das Depot angelegt worden war.

Nach diesen Erfahrungen kann man sagen, dafs Salvarsan am besten in alkalischer Lösung resorbiert wird, am schlechtesten in saurer. Aufserdem wird es bedeutend energischer bei Anwesenheit von Alkali oxydiert und widersteht am längsten in saurer Form der Oxydation.

Was intramuskuläre Injektionen betrifft, so kommt es hier im allgemeinen zu einer besseren Resorption als bei den subcutanen Injektionen. Aufserdem unterliegt es hier auch einer rascheren Oxydation, was darauf beruht, dafs die Substanz auf eine viel gröfsere Fläche sich verbreitet, indem sie in das intramuskuläre lockere Gewebe eindringt und hier mit viel gröfseren Mengen von Lymphe und Blut zusammenkommt.

Auch hier leidet die nächste Umgebung des Depots immer stark, und man kann bei allen Formen der Injektionen um das nekrotische Zentrum herum eine (meist wachsige) Degeneration der Fibrillenbündel beobachten, bei der auch die Kerne allmählich ihre Tinktionsfähigkeit verlieren. Überall, wo keine gröfseren Reste von Salvarsan liegen, bildet sich ein stark hypertrophisches Bindegewebe, welches in die zertrümmerten COHNHEIMschen Felder der Muskeln hineinwuchert und die einzelnen Reste der Fibrillenbündel zum Schwunde bringt. Diese Reste sind meist gelblich imbibiert. Noch weiter weg von dem Depot an der Peripherie sieht man das wuchernde Bindegewebe bereits zwischen gut erhaltenen Muskelbündeln. In dieser Gegend sind die Muskelkerne auch gut gefärbt und das Sarkolemm etwas geschwellt. In den neugebildeten Gefäfsen kann man keine besondere Vermehrung der Leukocyten bemerken. Durch diese Reaktionslinie ist das kranke Gewebe von dem gesunden völlig demarkiert.

Das Bild bei den verschiedenen Arten der Muskelinjektionen (sauer, alkalisch, neutral) bleibt sich im Gegensatz zu den subcutanen Injektionen ziemlich gleich. Die Ursache dieser Erscheinung beruht wohl darauf, dafs hier bessere Zirkulationsverhältnisse als im subcutanen Gewebe vorhanden sind. Allerdings bleibt aber auch hier das Depot einer sauren Injektions-

lösung viel länger liegen als das einer alkalischen. Ich bin daher zu der Überzeugung gekommen, daſs es viel besser ist, die Injektionen intramuskulär zu applizieren als subcutan. Wenn wir auſserdem nach der Injektion Massage benutzen, so daſs sich die injizierte Flüssigkeit auf noch gröſsere Muskelflächen verteilt, so können wir uns sogar auch der sauren Suspension (nach KROMAYER) bedienen, die zwar längere Zeit zur Resorption braucht, aber weniger schmerzt als die alkalische Lösung. Diese ist nur dann zu benutzen, wenn wir wenig empfindliche Patienten haben — sie verursacht zwar Schmerzen, aber wirkt entschieden rascher und bleibt bei strenger Asepsis und intramuskulär angewandt ohne grobe lokale Schädigungen.

Bei der Besprechung des Verhaltens des Gewebes gegenüber den üblichen Methoden der Injektion will ich auch einige Worte zu der intravenösen Anwendung beifügen. Es wurde schon erwähnt, daſs bei Anwesenheit von Kochsalz die neutrale Salvarsanlösung nach einiger Zeit leichte Niederschläge bildet. So ist es auch bei der Lösung, die mit physiologisher Kochsalzlösung intravenös eingespritzt wird. Es wäre aus diesem Grunde besser, eine isotonische, alkalische Salvarsanlösung ohne Kochsalz einzuspritzen (0,3 Salvarsan — 0,08 NaOH in Subst. auf 50 ccm Wasser). Aber auch da möchte ich hervorheben, was schon TREUPEL behauptet hat, daſs die intravenösen Einspritzungen, bei denen Salvarsan rasch wieder ausgeschieden wird, zwar bei Rückfallfieber sich gut bewähren (IVERSEN), daſs es aber bei Syphilis nötig ist, den ganzen Körper für längere Zeit vom Salvarsan durchdringen zu lassen. Die rasche Durchschwemmung, die in wenigen Tagen vorbei ist, genügt nicht. Viel zweckmäſsiger erscheinen mir Methoden, die besonders den Lymphapparat stärker in Anspruch nehmen. Wir wissen, daſs bei den breiten Kondylomen die meisten Spirochäten in den Saftspalten zwischen den Zellen der gewucherten Stachelschicht sitzen — an einem Orte, der dem Blutstrom etwas ferngelegen ist. Hier würden mithin kleine örtliche Injektionen in das Lymphgebiet der betreffenden Läsionen anzuraten sein.

Um die Resorptions- und Ausscheidungsverhältnisse zu studieren, kann man eine Reihe von einfachen Versuchen machen. Hierzu injizieren wir einigen Mäusen (die 10 g Gewicht haben) 0,01 Salvarsan, also eine hundertfache Dosis im Vergleich zu der für Menschen berechneten. Einigen injiziert man diese Dosis in alkalischer Lösung, anderen in neutraler, anderen in saurer. Binnen 24 Stunden sterben alle Mäuse, die mit alkalischer Lösung eingespritzt wurden. Die Organe zeigen multiple hämorrhagische Herde, besonders unter der Serosa, und eine leichte parenchymatöse Degeneration. Mäuse, die mit neutraler und saurer Lösung in derselben Dosis eingespritzt wurden, bleiben alle munter, trinken gierig und fressen gut. Nach fünf Tagen kann man bei ihnen Salvarsan in den

Organen in Form eines feinen Staubes erkennen, und zwar in den Nieren, der Lunge, Leber und Milz. Später, nach zehn Tagen, wird die Durchsetzung genannter Organe mit Salvarsan noch deutlicher, was besonders in der Leber eine parenchymatöse Degeneration verursacht. Interessant ist, dafs man in der Niere nur anfangs in den Glomeruli Salvarsan nachweisen kann, später sehen wir die Zellen der Tubuli contorti vollgestopft, Glomeruli und Tubuli recti fast oder ganz frei von der Substanz. Die Zottenepithelien der Gedärme finden wir gleichfalls durchdrungen von feiner Stäubchensubstanz, besonders grobe Körnchen sind aber in der Milz zu finden.

Wie haben wir uns nun die Wirkungsart des Salvarsan zu denken? Sollen wir es nur als ein verstärktes Arsenpräparat ansehen, dessen Wirkung etwas besser ist als die von Atoxyl oder Arsacetin? Mit diesen beiden hat man eine manchmal schlechte Erfahrung gemacht, ihres toxischen Charakters wegen; wollen wir nun die Wirkung des Salvarsan als eine gleichartige betrachten, so fragen wir ganz berechtigt: Durch was ist die Toxizität der vorigen Präparate im Salvarsan herabgesetzt worden und die nützliche Wirkung gegen Parasiten erhöht? Oder wie das Ehrlich ausspricht: die „Parasitotropie gesteigert auf Kosten der Organotropie“?

Wir sind bereits vor vielen Jahren durch die Arbeiten von Binz, Schulz und Unna auf die Möglichkeit hingewiesen, dafs Arsenik einen gewissen Einflufs auf die Oxydations- und Reduktionsprozesse im Organismus ausübt. Und da wir durch das neue mikrochemische Verfahren nach Unna und Golodetz mit Rongalitweifs und Eisen-Cyanmischung in den Stand gesetzt sind, genauere Forschungen über die Sauerstoff- und Reduktionsorte im Gewebe anzustellen, so können wir dieser Frage der Arsenwirkung im Organismus mit Aussicht auf Erfolg näher treten.

Um diese neuesten Forschungen verständlich zu machen, mufs ich kurz den Inhalt der Unnaschen Arbeit: „Die Reduktionsorte und Sauerstofforte des tierischen Gewebes“ (Waldeyer-Festschrift 1911) vorausschicken.

Es ist wichtig, die Stellen im tierischen Gewebe aufzusuchen, die sauerstoffreich und die sauerstoffarm sind. Unna studierte diese Frage mit den genannten Reagentien: Rongalitweifs und Eisen-Cyanmischung. Er fand, dafs nur das Protoplasma und nicht die Kerne Kalium hypermanganicum zu Mangansuperoxyd und Eisen-Cyanmischung zu Berlinerblau reduzieren. Obwohl die Reduktionskraft des Gewebes — wie Ehrlich gefunden — durch den Tod gesteigert wird, bemerkt man auch an toten Geweben nie eine Reduktionswirkung der Kerne. Diese Eigenschaft der Kerne beruht darauf, dafs diese selbst stark oxydieren, wie sich Unna mit dem oben erwähnten Rongalitweifs überzeugt hat, indem dieses (Leukomethylenblau) durch den freien Sauerstoff der Kerne zu Methylenblau oxydiert wird.

Diesen diametralen Gegensatz zwischen Protoplasma und Kernen (was das Sauerstoffvermögen anbelangt) konnte UNNA nach Untersuchungen tierischer Organe sowie auch Organe menschlicher Leichen exakt nachweisen als ein Gesetz für das gesamte tierische Gewebe. Er fand mit den genannten Methoden weiter, daſs die Muskelsubstanz, die Hornsubstanz, die Nerven, der spongioplastische Anteil des Protoplasmas, das Stroma roter Blutkörperchen Reduktionsorte sind — die Kerne, die Mastzellen, die Granula der Leukocyten und Drüsen, das Granoplasma der Plasmazellen, die Ganglien, der Knorpel und das Hämoglobin Sauerstofforte sind, während das Fett sich indifferent verhält. Manche Organe zeigen Gegensätze örtlichen Sauerstoffreichtums und örtlichen Sauerstoffmangels. So in den stark reduzierenden Epithelien der gewundenen Harnkanälchen und den Knäueldrüsen gegenüber den Knäuelausführungsgängen und den Epithelien der geraden Harnkanäle, die oxydierend sind. Das Alveolarepithel der Lunge reduziert stark, das gesamte Bronchialepithel oxydiert, usw.

Diese oxydierende Eigenschaft der Kerne führt UNNA auf die katalytische Eigenschaft des in den Kernen von Macallum nachgewiesenen Eisens zurück und schlieſst sich SPITZER an, der die Gewebsoxydase chemisch als ein Eisen Nucleoproteïd definiert. J. LOEB zeigte, daſs einzellige niedere Organismen an Sauerstoffmangel zugrunde gehen, wenn man sie entkernt. Es sind also die Kerne nicht nur wichtige Organe der Fortpflanzung, sondern sie stellen auch wichtige Sauerstofforte des Gewebes dar. Eine Anhäufung von Leukocyten an eimem Orte bedeutet eine groſse Sauerstoffzufuhr zu demselben.

Dies ist der kurze Inhalt der hochinteressanten Arbeit UNNAS.

Es wurde schon gleich am Anfang gesagt, das Salvarsan wäre ein ungemein stark reduzierendes Mittel, und es wurden auch die chemischen Beweise dafür geliefert. Die Reduktionskraft anderer Arsenpräparate (Sol. Fowleri, Natr. cacodylicum, Natr. arseniocsum) ist im Vergleich mit Salvarsan ganz gering. Selbst noch nach einigen Wochen finden wir überall dort, wo Salvarsan mit dem Gewebe in Berührung kam, dieses seines Sauerstoffs vollständig beraubt. Prägnant zeigt sich dieser Umstand bei der Behandlung von frischem Hühnerblut mit isotonischer Salvarsanlösung und darauffolgender Färbung durch Rongalitweiſs. Die normalen, mit Salvarsanlösung nicht behandelten Hühnerblutkörperchen zeigen stark sauerstoffhaltige, mit Rongalitweiſs gut gefärbte Kerne. Das hämoglobinhaltige Stroma der Blutkörperchen färbt sich nicht. Bringen wir nun etwas Blut mit saurer isotonischer Salvarsanlösung zusammen, so werden die Blutkörperchen rasch zerstört (wovon schon oben die Rede war). An den noch erhaltenen färbt sich das Plasma und der Kern gleichmäſsig leicht bläulich. Der Sauerstoff strömt in diesem Bilde vom Kern durchs

Plasma dem Reduktionsstoff zu. Nach Behandlung mit alkalischer isotonischer Lösung von Salvarsan bleiben die roten Blutkörperchen dagegen lange erhalten; sie werden aber vollständig reduziert, so daſs man mit Rongalitweiſs keine Färbung weder des Plasmas noch der Kerne bekommt. Das Gemisch von Blut mit alkalischer Salvarsanlösung weist noch nach einigen Wochen starke Reduktionskraft auf — obgleich doch sonst alle Blutkörperchenlösungen bekanntlich stark oxydierend sind.

Die Schnitte der Injektionsstellen zeigen bei Behandlung mit Rongalitweiſs eine absolute Tinktionsunfähigkeit, d. h. einen vollständigen Mangel an Sauerstoff. Es ist diese Tatsache auch ganz verständlich, wenn wir bedenken, daſs die Salvarsanreste wochenlang ihre Reduktionskraft ausüben können und durch sofortiges Abtöten der Leukocyten die Sauerstoffzufuhr verunmöglichen.

Wir können aber in unseren Beobachtungen mit den sauerstoff- und reduktionsprüfenden Reagentien der Salvarsanwirkung im Organismus noch weiter gehen. Bei den erwähnten Experimenten an Mäusen, denen gröſsere Dosen Salvarsan eingespritzt wurden, finden wir, daſs dies als Substanz in Stäubchenform ausgeschieden wird, und daſs sie, obwohl sie den ganzen Körper passierten, immer noch nachweisbar reduzieren und dadurch die Ausscheidungsorgane an Sauerstoff ärmer machen. So kann man in solcher Leber nach Behandlung mit Eisen-Cyanmischung eine blaue Umrahmung der Zellen sehen, was auf die reduzierenden Salvarsanreste zu beziehen ist, wobei die gesamten Leberzellen an ihrer Reduktionskraft zugenommen haben. Ausführliche Untersuchungen der gesamten Organe in dieser Richtung will ich später mitteilen. Diese Tatsache, daſs der ganze Organismus durch die starke Reduktionskraft des Salvarsan desoxydiert wird, scheint mir sehr bemerkenswert. Wir sehen, daſs das Parenchym der Organe ganz geringe anatomische Veränderungen aufweist, die man mit den Degenerationsbildern nach Vergiftungen nicht vergleichen kann. Sollte das vielleicht die geringe „Organotropie" sein (Ehrlich) und sollte die „Spirillotropie" in der Reduktionskraft beruhen? Eher handelt es sich um einen günstigen Einfluſs auf den Organismus („Organotropie"-bono sensu). Das Verhältnis dieser wichtigen Eigenschaft des Salvarsan zu den Spirochäten müssen spätere Forschungen aufklären.

Als Anhang möchte ich noch zum Schluſs eine interessante Erscheinung mitteilen, die das Absterben der Leukocyten — speziell ihrer Kerne — betrifft und welche ich an den Einspritzungsstellen nach Salvarsan regelmäſsig beobachten konnte. Es fallen hier merkwürdig stark tingierte Kerne auf (der Form nach den polynukleären Leukocyten angehörend), die besonders zahlreich nahe der Cutis und zwischen den Haarbälgen auf-

treten. Die meisten sind dunkelbraun, ins Gelbliche oder Rötliche übergehend, hier und da dunkle Partikel enthaltend, so daſs man auf die Idee kommt, es handle sich um die Aufnahme von Salvarsan in die Kerne. Vom Zelleib kann man nicht einmal Reste feststellen. Bei eingehender Untersuchung kann man nach der PAPPENHEIM-UNNAschen Färbung Übergangsstufen wahrnehmen, in welchen sich diese eigenartige Tinktion entwickelt. Wir finden Leukocytenkerne, die noch ganz gut blau gefärbt sind, die jedoch an der Peripherie dunkelbraune, tropfenartige Punkte aufweisen. In demselben Grade, wie diese dunkelgefärbten Partikel an Zahl zunehmen, verliert sich die Tinktionsfähigkeit des Kernes für blau. Schlieſslich bleibt von dem Kern nur mehr ein dunkelbraunes Gebilde übrig, das durch seine Form an Leukocytenkerne erinnert, aber allmählich dem Zerfall unterliegt.

Dieselben Experimente können wir auch bei einigen Kernen der Plasmazellen und Bindegewebszellen beobachten — mit dem Unterschiede, daſs wir hier eine vorangehende Degeneration des Protoplasmas feststellen können.

Die beschriebenen Formen konnte ich auch sonst auffinden (auſser nach Salvarsaneinspritzungen), wo Substanzen injiziert worden waren, oder wo es zu einer Leukocytose parasitären Ursprungs gekommen war. So konnte ich an den Einspritzungsstellen steriler Kohle, bei Impetigo, bei Ulcus molle nahe der Oberhaut diese merkwürdige Degeneration finden. Es handelt sich (infolge der Aufnahme fester Substanzen oder Gifte) um eine Degeneration der Kerne, aus welcher die Chromatinsubstanz (die Nukleïnstoffe) in Tropfenform ausgeschieden wird, und schlieſslich ein stark Farbstoffe aufnehmendes, kernähnliches, totes Gerüst bildet. Färbungen von käuflichem Nukleïn harmonieren mit dieser Ansicht insofern, als bei der PAPPENHEIN-UNNAschen Färbung des Nukleïns teil grüne, teils dunkelbraune Partikel resultieren. Auſserdem spricht dafür, daſs man an Schnitten, die in 1%igem NaOH einige Minuten ausgewaschen worden sind (wobei sich bekanntlich Nuklein löst), diese stark gefärbten Kerne nicht mehr findet.

Hauptsächlich benutzte Literatur.

BINZ, „Pharmakologie." Hirschwald, Berlin.

HUGO SCHULZ, „Worauf begründet sich die therapeutische Bedeutung des Arsens bei Erkrankungen der Haut?" *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1882. Bd. 1, S. 7.

E. HARNACK, „Die Arsenvergiftung." *Dtsch. Ärzteztg.* 1899. Heft 1.

R. STEINER, „Über die subcutane Injektion natürlicher und künstlicher Arsenpräparate." *Dtsch. Medizinalztg.* 1901. Nr. 63.

R. KOBERT, „Lehrbuch der Intoxikationen." Ferd. Enke, Stuttgart.

UNNA, „Heilung von Warzen und Feigwarzen durch Arsen ohne Schnitt und ohne Ätzung." *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1882. Bd. 1, Nr. 3, S. 96.

Unna, „Allgemeine Therapie der Hautkrankheiten." Urban & Schwarzenberg. 1899. S. 820.

— „Die Reduktionsorte und Sauerstofforte des tierischen Gewebes." Festschrift Waldeyer, 1911.

— und Golodetz, „Zur Chemie der Haut. VI. Hautreagentien." *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1910. Bd. 50, S. 451.

Rohmann und Spitzer, „Über die Oxydationswirkungen tierischer Gewebe." *Ber. d. dtsch. chem. Ges.* 1895. Bd. 28, S. 567.

Ehrlich und Hata, „Chemotherapie der Spirillosen." Jul. Springer, Berlin.

Scholz, Salzberger, Beck, „Anwendungsmethoden von Arsenobenzol" *Dtsch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 50.

E. Heuss, „Die Behandlung der Syphilis mit Salvarsan." *Correspondenzbl. f. Schweizer Ärzte.* 1911. Nr. 1.

Fachzeitschriften.

Dermatologische Zeitschrift.

1911. Heft 1.

I. **Über Kaninchen- und Meerschweinchensyphilis,** von E. Tomasczewski-Berlin. Zusammenfassender Bericht über die bisherigen Ergebnisse der Impfung von Kaninchen und Meerschweinchen mit Syphilis. Aus den vorliegenden Beobachtungen und Untersuchungen ergibt sich, daſs Generalisierung des Syphilisvirus im Kaninchenkörper nach kornealer oder intraokularer Impfung sehr selten ist oder wenigstens sehr selten zu klinisch nachweisbaren Krankheitserscheinungen führt; dagegen kommt nach skrotaler und intratestaler oder intravenöser Impfung eine Generalisierung recht häufig, vielleicht sogar ebenso regelmäſsig wie bei den Affen zustande, namentlich wenn virulentes Passagevirus verwendet wird. Meerschweinchen sind für Syphilisvirus viel weniger empfänglich als Affen und Kaninchen; die Impfeffekte sind meist klein und nur von kurzem Bestand, und eine Beteiligung der regionären Lymphdrüsen fehlt regelmäſsig. Hierin tritt auch bei Überimpfung von Tier zu Tier keine Änderung ein. Immerhin ist auffallend, wie zahlreich die Spirochäten in der Regel auch in den ganz kleinen, sich rasch zurückbildenden Infiltraten sind.

II. **Die Quarzlampe in der Therapie des Lupus vulgaris,** von Gustav Stümpke-Kiel. An der Kieler dermatologischen Universitätsklinik steht bei der Behandlung des Lupus vulgaris die Anwendung der Quarzlampe an erster Stelle. Seine Ansichten über Lupustherapie faſst St. in folgenden Sätzen zusammen:

1. Wir erblicken in der Quarzlampe ein ganz hervorragendes therapeutisches Mittel gegen den Lupus.

2. Für die Quarzlampenbehandlung eignet sich der gröſste Teil aller Lupusfälle mit folgenden Einschränkungen:

a) Beim Lupus hypertrophicus hat eine Vorbehandlung mit Röntgenstrahlen, Pyrogallol oder ähnlichen Mitteln stattzufinden, bis die hypertrophischen Partien zur Rückbildung gebracht sind;

b) desgleichen ist Röntgentherapie indiziert beim Lupus ulcerosus bis zur Epithelisierung der ulcerierten Flächen, zum mindesten bis zur Beseitigung der zuweilen übermäſsigen Wundsekretion;

c) bei stark borkenbildenden oder zu übermäfsiger Desquamation neigenden Formen von Lupus vulgaris empfiehlt sich Vorbehandlung mit erweichenden Salben (Salicylvaseline 5—10 %);

d) bei gewissen tiefsitzenden und verdickten Formen von Schleimhautlupus, vor allem der Nase und der Mundhöhle, sind andere Methoden vorzuziehen, da die Quarzansätze zuweilen nicht alles tuberkulöse Infiltrat in der erforderlichen Weise beeinflussen, also bei Nasenlupus Tamponade mit 10 %iger Pyrogallolvaseline, bei Lupus der Mundschleimhaut z. B. Pinselungen mit 30 %igem Resorcinspiritus, Galvanokaustik usw.

3. Die Bestrahlung hat nur dann Aussicht auf Erfolg, wenn sie regelmäfsig geschieht. Die Bestrahlung hat im Durchschnitt einmal monatlich stattzufinden.

4. Jede einzelne Stelle ist mindestens 30—35 Minuten lang zu bestrahlen, die Lampe mufs der zu bestrahlenden Hautpartie direkt anliegen, die Umgebung abgedeckt sein. Nach der Bestrahlung wird ein Verband mit Zinkwismutsalbe angelegt.

5. Radikalheilung des Lupus ist möglich. Die dazu erforderliche Zeit schwankt innerhalb weiter Grenzen und ist sowohl von örtlichen Verhältnissen wie von der allgemeinen Disposition des Organismus abhängig.

6. Rezidive treten auch bei klinisch ausgeheilten Fällen auf, sind indes bei regelmäfsiger Beobachtung leicht zu beseitigen.

7. Deshalb ist es unbedingt nötig, die Patienten auch nach beendigter Behandlung zu regelmäfsigen Nachuntersuchungen zu veranlassen, die möglichst unter Verwendung von Alttuberkulin Koch vorzunehmen sind.

8. Die Ausheilung des einzelnen Lupusherdes erfolgt im günstigsten Falle durch mikroskopisch feine, klinisch kaum als solche imponierende, epithelisierte Narbenbildungen. Bei ganz diffusem Infiltrat werden auch gröbere Narben, in relativ seltenen Fällen Keloidbildungen beobachtet.

9. Die Prognose des einzelnen Lupusfalles ist stets mit Vorsicht zu stellen, da die Gröfse und das klinische Aussehen keinen Anhaltspunkt in dieser Beziehung gewähren. Kleine Herde verhalten sich oft überraschend refraktär, während ausgedehnte Formen zuweilen wider Erwarten schnell zur Besserung oder Heilung kommen.

10. Zur Beseitigung der im Verlaufe des Heilungsprozesses manchmal auftretenden abnormen Bildungen, der Keloide und der elephantiasisartigen Veränderungen empfiehlt sich die Röntgenbestrahlung.

11. Die Vorzüge der Quarzlampenbestrahlung bestehen gegenüber der Finsen-Reyn-Lampe in der Billigkeit des Verfahrens und der leichteren Handhabung der Apparate bei gleicher Wirkung, gegenüber den übrigen Methoden in den besseren und durchgreifenderen Resultaten. Als der Quarzlampe gleichwertig, wenn nicht überlegen, ist die radikal-chirurgische Therapie, d. h. die totale Exstirpation des lupösen Herdes weit im Gesunden mit eventueller Deckung des Defekts durch Hautlappen aus der Umgebung zu betrachten; doch ist diese nur in einer beschränkten Zahl von Fällen anwendbar. Als Methode der Norm dürfte daher die Quarzlampe den Vorzug verdienen. Die Röntgenbehandlung kommt nicht als konkurrierendes, sondern nur als unterstützendes Verfahren in Betracht.

12. Ein grofser Vorzug der Quarzlampenbestrahlung besteht darin, dafs sie eine ambulante Behandlung in bequemer Weise ermöglicht und infolgedessen auch für den Praktiker grofse Vorteile hat.

III. **Die stereoskopische Photographie der Hautoberfläche,** von Hübner-Marburg. H. hat mittels des Zeissschen binokularen Mikroskops stereoskopische photographische Aufnahmen der Hautoberfläche hergestellt. Diese Aufnahmen, von denen er einige auf der Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Königs-

berg demonstrierte, haben besonders in didaktischer Beziehung grofsen Wert; sie ergeben eine sechs- bis zehnfache Vergröfserung, lassen also mikroskopische Details nicht erkennen, bringen aber die Charakteristika der Oberflächenveränderungen der erkrankten Haut, z. B. die verschiedenen Arten der pathologischen Schuppung, Veränderungen des bindegewebigen Teils der Haut, sehr deutlich und plastisch zur Anschauung. Effloreszenzen mit gröfseren Niveauunterschieden lassen sich nicht auf die Platte bringen; auch mufs die Lokalisation der Effloreszenzen das Aufsetzen des Apparates erlauben, weshalb z. B. die photographische Wiedergabe der Schleimhautaffektionen ausgeschlossen ist.

IV. **Über Spirochätenbefunde und deren ätiologische Bedeutung bei spitzen Kondylomen, Balanitis ulcerosa und Ulcus gangraenosum,** von Max Löwenberg-Düsseldorf. L. hat Untersuchungen über das Vorkommen von Spirochäten im Gewebe bei spitzen Kondylomen, bei Balanitis ulcerosa und Ulcus gangraenosum vorgenommen. Aus seinen Befunden, sowie aus den von anderen Autoren gemachten Beobachtungen, über die ausführlich berichtet wird, ergibt sich, dafs sich beim spitzen Kondylom in einer geringen Anzahl von Fällen in allen Gewebsschichten mittels der Levaditischen Imprägnierungsmethode Spirochäten nachweisen lassen, die den als Refringentes bezeichneten Spirochätenarten vollkommen gleichen. Die nämlichen Spirochätenarten finden sich auch im Gewebe bei Balanitis ulcerosa und bei Ulcus gangraenosum, aufserdem aber bei einer ganzen Reihe anderer Affektionen der Genitalregion, bei gewissen Erkrankungen der Mundschleimhaut, im normalen und entzündlichen Vaginal- und Präputialsekret, sowie in luetischen Genitalaffektionen neben Spirochaetae pallidae. Daraus geht hervor, dafs diese Spirochätenarten weder als die Erreger des spitzen Kondyloms, noch als die Erreger der ulcero-gangränösen Prozesse an den Genitalien anzusehen sind, sie wandern aller Wahrscheinlichkeit nach sekundär ins Gewebe ein. *Götz-München.*

Revista española de Dermatologia y sifiliografia.

Januar 1911.

Beitrag zur Kenntnis der Hautdiphtherie, von E. de Oyarsábal. Der Autor teilt folgenden kasuistischen Fall mit: Ein dreijähriges, bisher gesundes Mädchen aus vollkommen gesunder Familie zeigte am unteren Teile und auf der rechten Seite des Bauches, parallel zum Poupartschen Bande eine ungefähr 2 cm grofse Ulceration, deren Umgebung stark gerötet war und einige Pusteln aufwies, und dessen Grund von einer weifsschillernden Membran, die stark adhärierte, bedeckt war. Eine zweite Ulceration safs in der rechten Inguinalfalte und zeigte denselben Aspekt wie die erste. Aus den Membranen konnte Löfflersche Bazillen reingezüchtet werden, die, einem Kaninchen injiziert, innerhalb 24 Stunden seinen Tod herbeiführten. Das Kind war in keiner Weise in seinem Allgemeinzustand alteriert, die Temperatur stieg nicht über 37,2°. Lokal wurde Wasserstoffsuperoxyd appliziert, als Allgemeinbehandlung Diphtherieserum injiziert, ohne dafs aber eine rapide Wirkung erfolgte. Nach einigen Tagen begannen die Läsionen unter Applikation einer 5%igen Protargolsalbe abzuheilen.

Meine Eindrücke über die klinischen und experimentellen Tatsachen des Salvarsan (606) nach meiner Reise durch Deutschland, von D. S. Peyri-Barcelona. Der Artikel enthält nur Bekanntes. *Gunsett-Strafsburg.*

Zeitschrift für Urologie.

Band IV, Heft 4 bis Band V, Heft 2.

Über traumatische Hydronephrosen und Pseudohydronephrosen, von HANS WILDBOLZ. Verfasser beschreibt einen Fall von echter Hydronephrose nach Trauma: ein dicker Balken war dem Patienten auf den Unterleib gefallen; er hatte noch zum Arzt gehen können, dann traten aber stärkere Schmerzen, Hämaturie, Fieber auf und allmählich bildete sich ein prallelastischer Tumor, der die ganze linke Bauchseite einnahm und operativ entfernt wurde. Bei der Operation fand man ein Stück des Ureters narbig obliteriert; es hat also durch das Trauma eine Quetschung der Ureterschleimhaut stattgefunden, die zur Nekrose und Strikturbildung führte und so die Hydronephrose bedingte. Von traumatischen Pseudohydronephrosen bringt er zwei Fälle: im ersten handelte es sich um eine junge Frau, die von einer Kuh auf den Leib getreten war: die Cyste wurde inzidiert und die Wunde heilte durch Schrumpfung aus; im zweiten Falle handelte es sich um eine Frau, die auf das Gesäfs fiel; bei der Operation fand man eine Cyste, die mit Ureter und Nierenbecken kommunizierte: es hatte also ein Abreifsen des Ureters vom Nierenbecken stattgefunden.

Kasuistik der Hypertrophie der Prostata, von GÖTZL. Die Theorie von der entzündlichen Ätiologie der Prostatahypertrophie scheint nicht standzuhalten. Die Prostatahypertrophie tritt nicht ganz selten vor dem 50sten Lebensjahre auf; bei geeigneten hygienisch-diätetischen Mafsregeln bleibt sie viele Jahre stationär. Cystitiden heilen vollständig, wenn die Blasenwand normal und der Resturin nicht zu grofs ist. Das Entstehen von Blasensteinen ist zurückzuführen auf die Stagnation des Residualurins in der Blase. Patienten mit Klagen über Darmstörungen, Durst und Harndrang sind verdächtig auf ein Prostataleiden. Therapeutisch spielt der Katheter die gröfste Rolle. Indikationen zur Operation sind im ersten Stadium oft wiederkehrende komplette Retentionen, im zweiten Stadium: ernste Beschwerden trotz Katheterismus: Blutungen, Zunahme des Residuums, Blasensteine; im dritten Stadium soll man erst nach gelungener vollständiger Entleerung der Blase operieren. Kontraindikationen sind schwere innere und Konstitutionskrankheiten, ungenügende Nierenfunktion. Die suprapubische Operation (FREYER) findet mehr Anhänger, da sie rasch ausführbar ist und auch zweizeitig gemacht werden kann; die perineale wird reserviert für die Fälle kleiner vernarbter, vereiterter Prostata und bei Verdacht auf Carcinom. Nach der Operation kommt oft Lungenembolie vor. Verfasser hat unter seinen 334 Fällen 93mal einen operativen Eingriff vorgenommen, 10% der Fälle wurden an der Prostata selbst operiert, die anderen Operationen betrafen Komplikationen.

Die Wirkung des Prostatatoxins bei Prostatitis und beginnender Prostatahypertrophie, von SELLEI. Verfasser behandelte eine Reihe von Fällen von Prostataerkrankungen mit Injektionen von Prostatasaft und fand, dafs durch die Behandlung mit Prostatasaft Cytotoxine entstehen, dafs eigenes wie fremdes Prostatasekret eine manifeste Wirkung auf die Prostata auszuüben imstande ist und dafs verschiedene Formen der Prostatitis mittels der enstandenen Prostatacytotoxine zur Heilung gebracht werden können. Einen ähnlichen Weg schlug er bei der Behandlung der Prostatahypertrophie ein: auch hier bekamen die Patienten zuerst das Autolysat ihres eigenen Prostatasaftes, in späteren Fällen die von einem anderen Prostatahypertrophiker hergestellte Emulsion und das cytotoxische Serum eines mit fremdem Prostatasaft vorbehandelten Kranken. Auch hier traten überraschende Erfolge ein.

Vereinigung des CASPERschen Operations- und Ureterencystoskops, von W. STARK. CASPER hat neue und praktische Veränderungen an seinem Operationscystoskop angebracht, das nun auch als Ureterencystoskop verwendet werden kann; nebenbei dient es natürlich auch als einfaches Untersuchungs- und Irrigationscystoskop.

Beiträge zur Pathologie der Blennorrhoe des männlichen Urogenitalkanals und seiner Adnexe, von Rost. Verfasser bekam zwei Fälle von Blennorrhöe bei Männern zur Obduktion und konnte die Organe sorgfältig untersuchen; er faſst seine Untersuchungsresultate folgendermaſsen zusammen: trotz anscheinender klinischer Heilung kann beim blennorrhoischen Prozeſs in der Harnröhre eine starke chronische Entzündung im subepithelialen Bindegewebe und tiefer persistieren; die hinteren Partien der Harnröhre sind hierzu mehr disponiert als die vorderen; der Hauptsitz dieser Entzündung ist das subepitheliale Bindegewebe in den Falten der Schleimhaut, in den tieferen Teilen der Lymphspalten um die Gefäſse und Nerven. Metaplasie des Zylinderepithels scheint nicht immer in ganzer Ausdehnung stattzufinden, sie kann nur auf die am stärksten chronisch entzündeten Stellen (die Falten) beschränkt bleiben; im Bereich der entzündlichen Infiltration kommt es zu ausgedehntem Untergang von elastischen Fasern. In den entzündlichen Infiltraten herrschen neben den Rundzellen Plasmazellen vor, polynukleäre Leukocyten treten zurück; Wucherung des Epithels und Zottenbildung ist in unseren Fällen nicht nachgewiesen. Die Littréschen Drüsen können nicht nur in ihren Ausführungsgängen, sondern auch in ihren Acinis erkranken; sie scheinen die Neigung zu haben, längere Zeit eine starke Entzündung persistierend zu erhalten. An den Gefäſsen des Corpus cavernos. urethr. und der Glans kann es zu Intimawucherungen kommen. Gonokokken finden sich im Epithel und den obersten Schichten des subepithelialen Bindegewebes häufiger freiliegend als intracellulär; in Blut- und Lymphgefäſsen sind sie nicht angetroffen. In der Prostata sind sowohl die Ausführungsgänge wie das Drüsengewebe selbst erkrankt; erstere zeigen eitrig-desquamativen Katarrh. Bei der Entzündung des Drüsengewebes der Prostata ist zu unterscheiden zwischen der Erkrankung der Acini, desquamativem Katarrh, fortgeleitet von den Ausführungsgängen, und der Entzündung des Zwischengewebes, die teils diffus ist, teils zu Infiltraten und Abscessen führt, die sich anscheinend perivaskulär entwickeln. Gonokokken sind im Epithel und im subepithelialen Bindegewebe der Acini ziemlich reichlich nachgewiesen. Pseudoabscesse sind in der Prostata nicht gefunden. In den Samenblasen kann eine, wesentlich auf die äuſseren Teile beschränkte, entzündliche Infiltration auftreten.

Ein Beitrag zur Incontinentia urinae infolge von Striktur der Harnröhre, von Kokoris. Der 35jährige Patient des Verfassers litt an starken Harnbeschwerden und Inkontinenz infolge von drei Strikturen, von denen die hinterste und längste in der Pars posterior saſs und nur mit filiformen Bougies zu entrieren war. Die Behandlung bestand in Urethrotomia interna mit nachfolgender Sondendehnung; aber trotz guter Resultate und Besserung des Blasenkatarrhes schwand die Inkontinenz nicht vollständig, weil, wie Verfasser annimmt, infolge der bindegewebigen Infiltration die Kontraktilität der Muskelfasern des äuſseren Sphinkter gelitten hatte.

Die Bedeutung der Blutdruckmessung für Diagnose und Prognose chirurgischer Nierenkrankheiten, von Adrian. Verfasser kommt auf Grund seiner eingehenden und zahlreichen Blutdruckmessungen zu dem Schluſs, daſs die Bedeutung derselben bei chirurgischen Nierenerkrankungen nur gering ist. Die tonometrische Untersuchung verbietet die Entscheidung, ob eine Nierenerkrankung ein- oder doppelseitig ist. Bei Hämaturien spricht ein dauernd hoher Arteriendruck eher zugunsten einer Nephritis als Ursache. Eine Differentialdiagnose zwischen Nierentumor und Tumor des Abdomens anderweitigen Ursprungs gestattet die Methode nicht. Ob eine Prognosenstellung nach Operation möglich ist (in dem Sinne, daſs Rückkehr des Blutdrucks nach der Operation zur Norm für Freisein der erhaltenen Niere spricht, und umgekehrt) ist zweifelhaft. Eine erhebliche Erhöhung des Blutsdrucks bei einem mit Drucksteigerung einhergehenden Nierenleiden weist auf die Möglichkeit des Eintritts

einer Urämie hin; daher kann man hieraus eine Frühdiagnose der Urämie stellen. Eine im Verlaufe des urämischen Anfalls sich einstellende, noch so geringfügige Abnahme des Blutdrucks ist als eine Signum boni ominis anzusehen. Septisches Harnfieber geht mit ausgesprochener Hypotonie einher, ein Zeichen der Erschöpfung des Organismus und der Erlahmung der Herzkraft.

Ein Fall von Pyelolithiasis, von Michelsohn. Der Patient litt an starken Schmerzen und drängte zur Operation. Die Diagnose wurde durch Röntgenphotographie exakt gestellt, der Stein als im Becken sitzend erkannt. Die Operation war eine direckte Pyelolithotomie. Nach Extraktion des Steins wurde das Nierenbecken durch Etagennaht exakt geschlossen. Glatte Heilung.

Einige Konkretionen der unteren Harnwege, von C. Adrian. Verfasser beschreibt einige interessante Steine: ein pflaumenförmiger Stein der hinteren Harnröhe gestattete die Urinentleerung nur, wenn er vorher mit der Hand am Damm etwas zurückgeschoben wurde. Er wurde nach Dehnung der Harnröhre mit dem Kollmannschen Instrument per vias naturales entfernt. Ein anderer Stein beim Manne füllte den Bulbus aus und erstreckte sich mit einem dünnen Ende etwa 5 cm lang in der hinteren Harnröhre; er wurde durch Urethrotomie extern enfernt. Sein Kern war wahrscheinlich ein kleines Knochenstück (es bestand alte Beckenkaries). Ein dritter Stein war ein Blasenstein von pilzförmiger Form, dessen Stiel in ein kleines Blasendivertikel hineinragte.

Zur Technik der Ureterenüberpflanzung in den Mastdarm, von Mirotworzeff. Verfasser näht zunächst den freipräparierten und ligierten Ureter mit fünf bis sechs Knopfnähten auf die Mastdarmwand auf, so daſs er versenkt von der Mastdarmserosa umfaſst wird; frei bleibt zunächst die ligierte Spitze des Ureterstumpfes. Nun wird ein kleiner Schnitt durch Serosa und Muscularis des Darms angelegt und die vorquellende Mucosakuppe durch einen Scheerenschlag abgetragen. Jetzt wird die Legierung des Ureters gelöst und das Lumen des Harnleiters wird wie eine Kappe auf das Fenster der Darmschleimhaut aufgelegt und vernäht. Darüber kommen Lambertnähte zur Versenkung.

Die Balkenblase als Frühsymptom bei Tabes dorsalis, von Frohnstein. Verfasser fand in zahlreichen Fällen die Balkenblase überhaupt als erstes Frühsymptom der Tabes. Sie zeigt feine regelmäſsige Balken an den Seitenwänden und am Fundus der Blase.

Sterile und trockne Katheter, von Dreuw. Verfasser hat einen Apparat konstruiert, in welchem die Katheter in strömendem Wasserdampf, der seinen Weg durch die Katheter nehmen muſs, sterilisiert werden. Dann wird der Dampf abgesperrt und nun werden in demselben Raume die Katheter getrocknet.

Über das Vorkommen von Harnsteinen in Finnland, von Reuvall. Verfasser konstatiert auf Grund der Krankenhausberichte der letzten 30 Jahre das verhältnismäſsig seltene Vorkommen von Harnsteinen in Finnland; auffallend häufig war das weibliche Geschlecht betroffen.

Über einen Fall von cystenartiger Erweiterung eines akzessorischen Ureters, von v. Fedorow. Die Patientin, von welcher v. F. berichtet, klagte über abnorm frequente und schmerzhafte Harnentleerung und Harnretention. Bei der Cystoskopie fand sich bei sonst normalen Verhältnissen der linke Ureter auf der Höhe einer pflaumengroſsen, am Rande durchschimmernden Cyste. Der Uretherenkatheter lieſs sich leicht bis zur Niere einführen, und drückte die Geschwulst beim Einführen ein. Bei der Sectio alta wurde die Geschwulst inzidiert und erwies sich als Cyste, die durchaus nicht mit dem Ureter kommunizierte, sich weit nach oben erstreckte und auſsen und innen mit vielschichtigem Übergangsepithel bekleidet war. Verfasser

exzidierte ein grofses Stück ihrer Wand und vernähte Cystenwand und Blasenschleimhaut mit fortlaufender Naht. Heilung.

Physiologie und Pathologie der Prostata, von Hebbrom und Makei. Es ist noch nicht sichergestellt, ob die Prostata nicht aufser ihrem abgeleiteten Sekrete auch noch eine gewisse innere Sekretion besitzt; diese würde von Einflufs sein auf die Innervation der Muskulatur des Blasenhalses, auf die Entleerung des Samens, auf die Regulierung der Samenproduktion. Sie würde zur Paralysierung gewisser im Organismus entstehender Gifte dienen. Schwierig ist aber der experimentelle Nachweis, da Hunde, bei denen meist experimentiert wurde, doch nicht gänzlich gleiche anatomische Verhältnisse darbieten, aufserdem den Eingriff schlecht überstehen.

Über die blennorrhoische Infektion und die Genese der akzessorischen Gänge am Penis, von Gutmann. Verfasser beschreibt eine Reihe von Fällen mit akzessorischen Gängen am Präputium unter Ausschlufs der parurethralen Gänge. Auf Grund seiner histologischen Untersuchungen sieht er sie als Abkömmlinge der Harnröhrenanlage an mit teilweiser Abschnürung einer Drüsenanlage. Bei einer blennorrhoischen Infektion ändert sich dann das histologische Bild insofern, als infolge von entzündlicher Metaplasie die Drüsenelemente verschwinden und durch geschichtetes Pflasterepithel ersetzt werden.

Zur Kenntnis des Stützgewebes der Nieren, von R. Kolster. Verfasser stellte neue Untersuchungen über das Stroma der Nieren an, wobei er sich der Bielschowsky-Methode bediente; er fand um die Glomeruli ein äufserst feines Netzwerk von Fibrillen dicht verfilzt; die Membrana propria der gewundenen Kanälchen ist aus zirkulär verlaufenden feinen Fibrillen aufgebaut. Im Bereich der geraden Kanälchen ist die Membrana propria schwer zu erkennen. An den Sammelröhren besteht das Stroma aus in der Längsrichtung der Kanälchen orientierten Fasern.

Über Operationen beim diffusen Krebs des männlichen Gliedes, von Cholzoff. Verfasser wendet sich gegen die als „Emasculatio totalis“ beschriebene Operation, die in vollständiger Entfernung der männlichen Geschlechtsorgane besteht; er hält sie nicht für notwendig, hält sie ferner für unangebracht wegen der Ausfallserscheinungen, besonders bei jüngeren Individuen. Verfasser schlägt statt dessen vor, nur den Penis in toto zu entfernen und die Leistenbeugen auszuräumen und gibt das Operationsverfahren an.

Über Ureasebestimmungen und ihre klinisch-diagnostische Verwertung, von Simon und Meyer. Die Urease, das harnstoffspaltende Ferment, entstammt dem Stoffwechsel verschiedener Mikroorganismen und läfst sich durch Alkoholfällung aus einer Bakterienaufschwemmung darstellen. Fortlaufende Bestimmungen vermögen uns Aufschlufs über die Anwesenheit oder das Fehlen des Ferments zu geben, und die therapeutische Beeinflussung eines Harnbefundes objektiv nachzuweisen.

Die Balkenblase als Frühsymptom bei Tabes dorsalis, von F. Böhme. Verfasser greift Frohnstein an, weil er in seiner oben referierten Arbeit mit gleichem Titel ihn wörtlich zitiert habe, ohne ihn zu nennen. Er habe damit seine, Böhmes, Resultate zu seinen eignen gemacht.

Erklärung an Herrn Böhme, von Frohnstein. Verfasser entschuldigt sich damit, dafs er des Deutschen nicht genügend mächtig sei und daher wörtlich zitiert habe.

Ein Beitrag zur Kenntnis der Pneumaturie, von Sörensen. Pneumaturie entsteht beim Hineindringen von äufserer Luft in die Blase, ferner bei Kommunikation zwischen Darm und Blase (Tuberkulose, Karzinom) und endlich beim Vergären von Zucker in der Blase. Kommt sie bei Patienten vor, deren Harn keine Zuckerreaktion gibt, so erklärt sich dies in einzelnen Fällen daraus, dafs die Zuckermenge schon in den Harnwegen vergoren ist. Die Gärung im Harn kann vom Bacterium coli com-

mune und von einem bisher noch nicht beschriebenen Bacterium pneumaturiae herrühren. Die Pneumaturie macht folgende Symptome; Abgang von Gas beim Katheterisieren; tympanitischer Perkussionsschall über der palpablen Blase; Verrückung der tympanitisch klingenden Partie bei Lagenveränderung; Plätschern bei plötzlichen Stöfsen in der Vesikalregion; ein singender Laut (Ton) beim Reiben der Bauchwand gegen die gasangefüllte Blase; Gasentwicklung in dem entleerten Harn beim Stehen im Thermostaten.

Versuche über die Wirkung von Prostatapreſssäften, von Götzl. Die Erscheinungen von Urosepsis bei hohen Graden von Prostatahypertrophie scheinen diesen Namen nicht zu verdienen, vielmehr scheint es sich um Intoxikation infolge der Drüsenveränderungen zu handeln. Zum Studium dieser Frage benutzte Verfasser das Tierexperiment. Leider sterben Kaninchen schnell an Injektionen von Prostatapreſssaft in die Ohrvene oder nach intraperitonealer Injektion. Gelingt es jedoch, die Tiere am Leben zu erhalten, dann scheint eine gewisse Immunität gegen die intravenöse Injektion übertödlicher Dosen einzutreten, und auch das Serum dieser Tiere scheint den Prostatapreſssaft stärker abzuschwächen, als es normales Kaninchenserum vermag.

Über refraktäre Blennorrhoe, von E. Steffen. Verfasser beschreibt drei Fälle von Blennorrhoe, in denen trotz der energischsten, mannigfaltigsten und kräftigsten Behandlungsmethode die Gonokokken immer wieder auftraten, ohne dafs parurethrale Gänge vorhanden waren, so dafs in zwei Fällen Heilung nicht erzielt werden konnte. Er nimmt an, dafs ein Mangel an Schutzkörperbildung bei den Patienten vorlag, oder, was wahrscheinlicher klingt, dafs die Gonokokken in den Tiefen der Drüsen und Lakunen so geschützt lagen, dafs die Behandlungsmethoden sie nicht erreichten.

Die Behandlung der chronischen Blennorrhoe mit Wasserdruckspülungen, Spülmassage und Wasserdruckmassage, von Dreuw. Verfasser hat ein neues Instrument zur Behandlung der vorderen und hinteren Blennorrhoe angegeben, bestehend aus einem dicken Rohr, aus dem zahlreiche nadelspitzgrofse Öffnungen die Spülflüssigkeit mit einem gewissen, durch Höherheben des Irrigators zu verstärkenden Druck austreten lassen. Aufserdem sind gröfsere Öffnungen vorhanden, Kanäle, durch die das Spülwasser in ein im Innern des erstes steckendes engeres Rohr abgeleitet wird.

Erfahrungen mit meinem verbesserten Cystoskop, von Ernst B. W. Frank. Verfasser bespricht das von ihm verbesserte Cystoskop, das ein aufrechtes Bild gibt und alle Gegenstände in der Blase nicht im Spiegelbilde erscheinen läfst. Er verwirft die von S. Jacoby angegebene Neukonstruktion.

Über die blennorrhoische Infektion und die Genese der akzessorischen Gänge am Penis, von Gutmann. Eine Richtigstellung der Ansicht Toutons über die Genese dieser Gänge: er hält sie nur meist, aber nicht stets für Talgdrüsen mit verändertem Epithel.

Zwei seltene Miſsbildungen der männlichen Genitale, von Neumann. Vom Penis des ersten Kranken ist nur die Glans zu sehen, der Schaft ist von den Skrotalhälften überlagert, die Penishaut ist mit der Skrotalhaut verwachsen. Versucht man, den Penis zu heben, so fühlt man ihn auch hinten und abwärts durch einen derben Strang fixiert; dieser Strang ist die Urethra, die verkürzt, aber normal weit ist. Zur Bildung normaler Verhältnisse wurde die Urethra an der Glans quer durchtrennt und mobilisiert. Dann wurde durch eine Reihe von Lappenbildungen eine neue Harnröhre für die Pars pendula gebildet. Erfolg war sehr zufriedenstellend. Ein zweiter Fall, ganz diesem ähnlich, wird beschrieben, doch war hier eine Hypospadia penoscrotalis vorhanden.

Zur Frage der kongenitalen Stenosen der Harnröhre des Mannes, von WILCKENS. Verfasser beschreibt das von einem 2½jährigen Knaben gewonnene Präparat, bei dem sich eine durch Klappenbildung in der Gegend des Colliculus seminalis bedingte Striktur der Harnröhre fand, die der Urinentleerung ein starkes Hindernis bereitete. Während von aufsen her eine Sonde leicht in die Blase drang, fing sie sich von der Blase her in diesen Taschen und nur eine filiforme Bougie passierte. Die höher liegenden Partien sind stark dilatiert, hintere Harnröhre und Blase, besonders auch Ureteren und Nierenbecken; die Nierensubstanz ist fast völlig zum Schwinden gebracht. Über die Genese derartiger Klappen sagt Verfasser, dafs es sich wohl um stärkere Entwicklung von schon in der Norm vorhandenen Falten handelt. Er betrachtet sie mit POSNER als Reste der Kloakalmembran.

Zur Kasuistik und Statistik der Blasensarkome, von MUNWES. Statistische Arbeit über 776 Fälle von Blasentumoren mit Berücksichtigung der Sarkome und Mitteilung eines Falles.

Cystenartige Erweiterung eines akzessorischen Ureters, von FEDOROFF. Verfasser hat seinen oben referierten Fall nachuntersuchen können: neben der normalen linken Uretermündung findet sich ein Spalt, die Narbe der exzidierten Cystenwand: in diesen Spalt läfst sich ein Katheter 28 cm weit einführen, und es entleert sich eiterhaltiger Urin, während die normale Uretermündung normalen Urin ergibt. Wir haben also einen getrennten Ureter, der in ein getrenntes, pyelitisch infiziertes Nierenbecken führt.

Zur Technik der Pyelolithotomie, von FEDOROFF. Verfasser empfiehlt zur Operation der Nephrolithiasis die Pyelotomie „in situ“, d. h.: er wälzt nicht mehr die gänzlich freipräparierte Niere aus der Hautwunde heraus, sondern schneidet auf den oberen Pol der Niere ein, löst diesen und die Hinterwand der Niere aus und macht dann in situ eine meist longitudinale Inzision ins Nierenbecken, durch welche der oder die Steine entleert werden. Naht des Nierenbeckens ist nicht einmal notwendig: wenn man sich nur von der Durchgängigkeit des Ureters überzeugt, heilt die Sache stets ohne Fistelbildung.

Ein Fall von teilweise intraligamentär entwickelter Blase mit interessanter Verschiebung des Peritoneums nach Sectio alta, von VOIGT. Eine Patientin war wegen Nekrose der Schleimhaut einer zum Teil intraligamentär liegenden Blase mit Sectio alta operiert und geheilt. Zwei Jahre später sah Verfasser sie wieder mit einem erheblichen Bauchbruch in der Narbe. Als er sie zu dessen Beseitigung laparotomierte, fand er die ganze vordere Wand der Blase mit Peritoneum bekleidet, wahrscheinlich infolge des langen Druckes der vorgefallenen Därme an dieser Stelle.

Die kongenitalen Cysten in der Genitoperinealgegend und ihre Beziehungen zu den akzessorischen Gängen des Penis, von GUTMANN. Verfasser fafst an der Hand der Entwicklungsgeschichte die akzessorischen Gänge zum grossen Teil und übereinstimmend damit die Zylinderepithelcysten des Penis als Abkömmlinge des Urogenitalseptums auf. Andere Gänge sind mehr als Gebilde der Haut zu betrachten, und mit diesen sind die Dermoid- bzw. Epidermoidcysten in Beziehung zu setzen.

Mitteilungen über die elektrolytische Reinigung der erkrankten Harnröhrendrüsen, von ROUCAYROL. Bleiben in der Harnröhre blennorrhoisch erkrankte Drüsen zurück, die auf Massage und Dehnung nicht erweichen, so empfiehlt Verfasser eine dicke BÉNIQUÉ-Sonde einzuführen und mit dem negativen Pol einer konstanten Batterie zu verbinden. Läfst man nun einen Strom von 10—20 Milliampère durchgehen (je nach der Toleranz des Patienten) so erweichen die Drüsen in wenigen Minuten. Das Verfahren mufs mehrere Male wiederholt werden.

Atonie der Harnblase ohne Obstruktion oder Zeichen von organischer Nervenerkrankung, von Walker. Verfasser beschreibt eine Reihe von Fällen von Blasenatonie, in denen sich weder Striktur noch Tabes nachweisen liefs. Es fand sich stets die Muskulatur der Blase geschwächt und dabei Trabekelbildung, die Verfasser als ein Zeichen von Atrophie ansieht. Ferner fand er die Sensibilität der Blase herabgesetzt; endlich nimmt er eine Form der Prostatahypertrophie an, die sich als eine reifenförmige Prominenz am orificium internum urethrae darstellt, und so ein Harnentleerungshindernis bildet, ebenso wie eine Kontraktur des Blasenhalses als solches dienen kann.

Zur Kasuistik der geschlossenen Pyonephrosen, von Eernst Meyer. Verfasser beschreibt zwei Fälle von Pyonephrose, von denen der eine sich als infizierte Hydronephrose erwies, während der andere als originäre Pyonephrose auf tuberkulöser Basis anzusehen ist. In beiden Fällen gelang es nicht, Sekret der infizierten Niere zur funktionellen Diagnostik zu gewinnen.

Addisonsche Krankheit im Anschlufs an urogenitale Tuberkulose, von A. Werner. Verfasser beschreibt einen Fall von schwerer Urogenitaltuberkulose, der in aussichtslosem Zustand in seine Behandlung kam und unter den Erscheinungen der Erschöpfung bei Morbus Addisonii einging. Die Sektion ergab Schwund der Nebennieren und knotige Verdickungen im Plexus solaris.

Bestimmung zur Indigokarminreaktion für die funktionelle Nierendiagnostik, von Tanaka. Die gesunde Niere schied in 5 — 10 Minuten den blauen Farbstoff aus; sie scheidet schneller und stärker aus als die kranke, doch sieht man auch das umgekehrte Verhältnis; um die Farbenreaktion zu vergleichen, mufs man gleiche Katheter gleich tief einführen und den Urin eine bestimmte Zeit strömen lassen.

Die Abortivbehandlung der blennorrhoischen Epididymitis, von P. Asch. Die bisherigen Behandlungsmethoden geben dem Verfasser weder in Hinsicht auf die Dauer noch auf die Vollständigkeit der Heilung ein genügendes Resultat; er empfiehlt Injektionen mit Elektrargol, dem elektrisch dargestellten kolloiden Silber, von dem eine Injektion von 1—2 ccm in den Nebenhoden möglichst früh nach Beginn der Erkrankung zum Kupieren des Prozesses genügt; in fortgeschrittenen Fällen werden in den nächsten Tagen die Einspritzungen wiederholt. Länger als drei Tage dauerte die Erwerbsunfähigkeit der Patienten nicht. Stets trat Restitutio in integrum ein und Spermatozoen konnten nachgewiesen werden.

Fibrolysin zur Behandlung von Harnröhrenstrikturen, von Nathan. Verfasser empfiehlt zur Vorbehandlung von frischen Strikturen eine Reihe von Fibrolysininjektionen ins Gesäfs zu machen; dadurch erweicht das Strikturgewebe enorm, so dafs es möglich ist, dicke Sonden einzuführen. *F. Hahn-Bremen.*

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1910. Band II, Heft 21.

1. **Ektopie der Harnblase, vollständige Teilung der äufseren Genitalien, Fehlen des Sphincter ani,** von Stefanesco-Galatzi-Lassy. Beschreibung eines Falles von so ausgedehnter Mifsbildung der Harn- und Geschlechtsorgane, wie sie bisher anscheinend noch nicht beobachtet worden ist. Es handelte sich um einen zehnjährigen Knaben mit totaler Ektopie der Harnblase, die einen mandarinengrofsen roten Tumor am Hypogastrium darstellte; ein Nabel war nicht vorhanden, die vesikalen Mündungen der Ureteren fielen durch die intermittierenden Harnejakulationen auf. Der Hodensack war durch eine mediane Fissur in zwei Hälften geteilt, die beiden Hoden lagen in den äufseren Öffnungen der Leistenkanäle, am unteren Ende der Fissur,

kaum 1 cm von der unteren Fläche der Blase entfernt befand sich der weit klaffende, vollständig inkontinente Anus, der enge Raum zwischen Blase und Anus wies als einzige mediane Bildung an den Genitalien einen erbsengroſsen Knoten auf, der einer Glans penis glich, die Symphysis pubis fehlte, die beiden Schambeine waren 6 cm voneinander entfernt. Jedem Schambein war ein kräftiges Corpus cavernosum aufgelagert, der Schwellkörper der linken Seite trug eine Glans von normaler Gestalt mit blind endigendem Meatus, der Schwellkörper der rechten Seite lieſs an Stelle dieser Glans nur eine Anschwellung erkennen. Der Harn floſs konstant über den medianen Knoten nach dem Anus hin. — Die ganze fürchterliche Miſsbildung entsprach dem Zustand der Genitalien in einem sehr frühen Stadium des embryonalen Lebens. Eine Operation hält der Verfasser in diesem Falle zwar an sich nicht für unmöglich, aber sie wäre so groſs und eingreifend, daſs das Kind sicher daran zugrunde gehen würde; es wurde daher von einem Eingriff Abstand genommen.

2. **Über einen Fall von blennorrhoischer Septikämie, geheilt durch Injektionen von Antimeningokokkenserum**, von L. Strominger-Bukarest. Bei einem 49jährigen Manne waren etwa 14 Tage nach dem Beginn einer Harnröhrenblennorrhoe abendliche Schüttelfröste und Temperatursteigerungen, begleitet von starken Schweiſsen, hartnäckiger Verstopfung und Appetitlosigkeit aufgetreten. Str. fand den Kranken zwei Monate nach Beginn dieser Erscheinungen sehr abgemagert und schwach, die Conjunctivae waren leicht ikterisch verfärbt, die Zunge war trocken und rissig, der Puls klein, sehr frequent und leicht unregelmäſsig, die abendlichen Temperatursteigerungen und die Schweiſse dauerten an; auſserdem fand sich eine Entzündung des rechten Schultergelenks. Aus der Urethra entleerte sich gonokokkenhaltiger Eiter in geringer Menge. Nach Ansicht Str.s konnte die Allgemeinerkrankung, obwohl sich aus dem Blute Gonokokken nicht züchten lieſsen, nur eine blennorrhoische Septikämie sein, und er entschloſs sich zur Injektion von Antimeningokokkenserum, das von Masson, Pissavy und Chauvet und von Maucaire mit gutem Erfolg bei blennorrhoischen Gelenkaffektionen angewandt worden ist. Wissenschaftlich begründet erscheint Str. diese Therapie durch die von Bakteriologen gemachte Angabe, daſs der Gonococcus vom Meningococcus agglutiniert wird. Nach vier im Verlaufe von sechs Tagen vorgenommenen Einspritzungen von je 10 g Serum sank die Temperatur zur Norm ab, das Allgemeinbefinden besserte sich sehr rasch und, nachdem noch einige Harnröhrenblasenspülungen gemacht worden waren, konnte der Mann als vollständig geheilt entlassen werden. — Str. glaubt, daſs nach dieser Erfahrung das Antimeningokokkenserum in schweren Fällen von blennorrhoischer Septikämie, in denen andere Mittel nicht zum Ziele führen, versucht werden soll; seine Anwendung ist jedenfalls ungefährlich. Allerdings muſsten Marfan und Debré die Behandlung mit dem Serum in einem schweren Falle mit zahlreichen viszeralen Komplikationen nach der zweiten Injektion abbrechen, da anaphylaktische Erscheinungen aufgetreten waren.

3. **Radikalbehandlung der Harnröhrenstriktur mit Exzision der verengten Partie**, von Choltzov-Petersburg. Ch. hat in fünf Fällen von traumatischer und in acht Fällen von blennorrhoischer Harnröhrenstriktur die Exzision der ganzen verengten Partie vorgenommen. In den ersten sieben Fällen leitete er den Harn nach der Operation durch einen von der äuſseren Harnröhrenmündung aus eingeführten Verweilkatheter ab, erzielte dabei aber drei Miſserfolge, die er sich dadurch erklärt, daſs doch immer Harn in kleiner Menge neben dem Katheter abflieſst und, wenn er nicht keimfrei ist, die Wunde infiziert. Da aber Heilung per primam unerläſsliche Vorbedingung für den Erfolg der Operation ist, hat er späterhin den Verweilkatheter vom Perineum aus oberhalb der durch Beseitigung des strikturierten Gewebes entstandenen, vernähten Harnrörenwunde in die Blase eingeführt, so daſs die Nahtstelle

von dem neben dem Katheter abfliefsenden Harn unberührt bleibt. Den Verweilkatheter läfst er gewöhnlich acht bis zehn Tage, wenn es an der äufseren Wunde zu einer Eiterung kommt, zwei Wochen oder länger liegen, nach seiner Entfernung entleert sich zunächst aller Harn durch die perineale Wunde, aber schon nach wenigen Tagen geht ein Teil, nach zwei bis drei Wochen die ganze Harnmenge durch die Harnröhre ab. Die Harnröhrenwunde wird mit Katgut vernäht, und zwar wird die ganze Harnröhrenwand mit der Mucosa gefafst. Brüske Dilatation nach der Operation ist gefährlich, weil sie die Narbe zum Platzen bringen kann; Ch. empfiehlt, 1½ bis 2 Wochen nach der Operation mit einer ganz vorsichtigen Dilatationskur zu beginnen und während der folgenden zwei Wochen jeden zweiten Tag, aber ohne jede Gewaltanwendung, zu bougieren. Die unmittelbaren Resultate, die Ch. mit diesem Verfahren erzielte, waren sehr gut; er glaubt, dafs der Erfolg auch andauert, wenigstens sind in zwei Fällen, die einige Jahre hindurch kontrolliert werden konnten, Rezidive nicht aufgetreten. Indiziert erscheint die Operation bei allen traumatischen Strikturen, dann bei allen blennorrhoischen Strikturen, die sich durch Dilatationskuren und durch Elektrolyse nicht, oder nicht genügend, oder nur sehr langsam erweitern lassen, oder immer wieder rezidivieren, bei impermeablen Strikturen und bei Patienten, die der Notwendigkeit, den Zustand ihrer Urethra während ihres ganzen Lebens kontrollieren zu lassen, enthoben sein wollen. Die Operation ist kontraindiziert bei sehr alten Leuten und bei Kranken in schlechtem Allgemeinzustand. Wenn neben der Striktur eine Fistel in der Bulbusgegend vorhanden ist, kann man nur durch die Exzision Heilung erzielen; dagegen ist die Operation, wenn mehrere eitrige Harnröhrenfisteln vorhanden sind, nicht angezeigt. Wenn die Ausdehnung der Striktur mehr als 8 cm beträgt, ist die Exzision nicht ausführbar. *Götz-München.*

Russische Zeitschrift für Haut- und venerische Krankheiten.

Band XXI. Januar 1911.

I. **Zur Behandlung des Lupus erythematodes mittels Exstirpation der Halslymphdrüsen,** von Meschtscherski. (Cf. *diese Monatshefte*, Bd. 51, S. 464, und Bd. 52, S. 73.)

II. **Weiche Schanker auf Narben (auf der Symphyse),** von Schnittkind. Unter Symphysis versteht man, wie Schnittkind erläutert, sowohl die Verklebung der Vorhaut mit der Eichel durch Smegma wie die Vernarbung derselben durch schlecht ausgeführte Beschneidung. Auf derartigen Narben hat S. dreimal weiche Schanker beobachtet, welche nach seiner Beobachtung die Narben völlig aufzehrten, die Eichel von der angewachsenen Vorhaut befreiten und somit die mifslungene Operation gleichsam korrigierten.

III. **Zur Kasuistik der extragenitalen Schanker,** von Meleschko. M. hat im Laufe der Jahre am Permschen Landschaftshospital 26 extragenitale Schanker beobachtet, von denen 8 auf den Lippen (6 auf der Oberlippe, 1 auf der Unterlippe und 1 auf beiden Lippen), 5 auf den Mandeln (alle auf der rechten Mandel), 5 auf den Brüsten, 4 an den Fingern, 3 auf den Lidern und 1 auf den Genitalien safs, aber nicht per Coitus akquiriert war.

IV. **Ein Fall von doppelseitigem Brustschanker (Syphilis insontium) bei einer Amme,** von Kudisch. Die Infektion dieser Amme hatte im Säuglingsheim stattgefunden durch Anlegung an die Brust eines Kindes, dessen Eltern unbekannt waren. Zur Vorbeugung derartiger Fälle rät K., an allen Neugeborenen unbekannter Herkunft die Wassermannsche Reaktion zu prüfen, ehe sie den Ammen übergeben werden.

V. **Neue Fälle von Heilung der Syphilis durch das organische (QUERYsche) Serum,** von MATZOKIN. M., welcher schon früher über gute Resultate mit dem QUERYschen Serum berichtet hat, macht Mitteilung über Schwund der syphilitischen Erscheinungen bei vier weiteren Fällen von Syphilis durch ebendasselbe Mittel.

VI. **Zur Frage des Nachweises des Residualurins in der Harnblase,** von FRAENKEL. In den Fällen von Prostatahypertrophie, wo die Einführung eines Katheters vermieden werden soll, schlägt FR. vor, mittels JANETscher Spritze eine Kaliumpermanganatlösung in die Blase zu injizieren. Läfst man dann den Kranken urinieren, was natürlich nur im zweiten Stadium der Krankheit möglich ist, so kann nach Verfasser durch die chemische Veränderung der Lösung durch den Urin sowohl das Vorhandensein eines Residualurins wie auch das Quantum desselben bestimmt werden.

Arthur Jordan-Moskau.

Bücherbesprechungen.

Ikonographia dermatologica.

Bd. V, Taf. 36—43.

1. **Leishmaniosis ulcerosa cutis.** Ein Fall von Orientbeule aus Jericho, von DE BEURMANN-Paris. Ein 68jähriger Mann hat anläfslich einer Pilgerfahrt nach Jerusalem in Jericho aufserordentlich unter der Hitze und unter Moskitostichen gelitten; dabei hat anscheinend die Übertragung des Piroplasma tropica stattgefunden, das sich in den an Unter- und Oberschenkeln verstreuten geschwürigen Beulen nachweisen läfst.

2. **Keratodermia maculosa disseminata symmetrica palmaris et plantaris,** von A. BUSCHKE und W. FISCHER-Berlin. Bei einem 40jährigen Manne findet sich eine auf Handteller und Fufssohlen beschränkte, symmetrische Affektion, die aus Effloreszenzen von 1—4 mm Gröfse besteht, die in die normale Haut eingestreut sind und der Epidermis angehören. Nach den histologischen Untersuchungen handelt es sich um eine Verhornungsanomalie, deren Ätiologie unklar ist; vielleicht deutet die teilweise strichförmige Anordnung auf eine trophoneurotische Grundlage.

3. **Keratosis blennorrhagica,** von A. CHAUFFARD und N. FIESSINGER-Paris. Am Fufsrücken und innern Fufsrande auftretende Einzeleffloreszenzen von „Kokardenform" bei einem vernachlässigten Menschen mit schwerer Blennorrhoe; nach den histologischen Befunden handelt es sich um eine „parakeratotischen Degeneration der Epidermiszellen", die nach Ansicht der Verfasser von den Gonokokken selbst verursacht wird, auch wenn es bisher noch nicht gelungen, dieselben nachzuweisen. Eine schwere septikämische, mit Arthropathien einhergehende Blennorrhoe scheint eine gewisse Vorbedingung zu sein.

4. **Morphoea guttata und Skleroderma,** von W. ALLAN JAMIESON-Edinburgh. Entlang den Clavikeln zerstreute schrotkorngrofse weifse Effloreszenzen bei einer 39-jährigen Frau. J. glaubt, dafs es sich um ein typisches Beispiel der Fälle handelt, die in letzter Zeit als „white spot disease" beschrieben worden sind.

5. **Lichen ruber acuminatus atypicus capitis,** von RUDOLF MÜLLER-Wien. Im Gegensatz zu der bisher für charakteristisch gehaltenen diffusen Form bei Lokalisation des Lichen am behaarten Kopf fanden sich in dem mitgeteilten Falle deutlich isolierte hyperkeratotische Knötchen in der Kopfhaut.

6. **Dermatitis nodularis necroticans tuberculosa,** von Otto Urban-Breslau. Es handelte sich um ein unterernährtes Kind von 15 Monaten, dafs nach7 Wochen zugrunde ging. Die hauptsächlich in der Gesäfsgegend lokalisierten Stellen machen nach der beigegebenen Abbildung ganz den Eindruck eines Ekthyma.

7. **Dermatitis nodularis necrotica** (haemorrhagica, suppurativa et indurativa), von Werther-Dresden. Eigenartige Dermatose bei einem 19jährigen Manne, die W. auf Grund einer langen Beobachtungszeit und histologischen Untersuchungen für ein hämorrhagisches Tuberkulid ansprechen möchte, jedenfalls für eine hämatogene Dermatose bei einem Tuberkulösen, für deren tuberkulöse (bazillen-embolische) Ätiologie vieles spricht, wenn auch der bakteriologische Nachweis einer Hauttuberkulose sich hat in keiner Weise erbringen lassen.

8. **Atrophia cutis reticularis cum pigmentatione, dystrophia ungium et leukoplakia oris. (Poikilodermia atrophicans vascularis Jacobi),** von Zinsser-Cöln. Z. schildert bei zwei Brüdern Hautveränderungen, die fast identisch sind mit dem von Jacobi im III. Bande der Ikonographia gegebenen Bilde. Z. fafst den Prozefs auf „als eine angeborene primäre Erkrankung im Bereiche der kleinsten Hautgefäfse, die schon in früher Jugend durch Zirkulationsstörung beim Einsetzen der ersten Traumen (Kälteeinwirkung) zur Schädigung der am meisten exponierten peripheren Körperstellen führt. Die Erkrankung an den Hautgefäfsen führt allmählich zu Gefäfserweiterung, Blutaustritt, Pigmentbildung und schliefslich zur oberflächlichen Atrophie der Haut, deren Zusammenhang mit den Gefäfsen durch die netzförmige Anordnung ganz dem Verlaufe der Gefäfse entsprechend zum Ausdruck kommt."

Die dem Bande beigegebenen acht Tafeln sind wieder einmal von ganz besonderer Schönheit und Naturtreue. *W. Lehmann-Stettin.*

Die Behandlung der Syphilis mit Salvarsan, von W. Wechselmann. Mit Vorwort von Professor Dr. Paul Ehrlich. (Oscar Coblentz, Berlin 1911. Mit 15 Textfiguren und 16 Tafeln in Vierfarbendruck.)

„Mit unermüdlichem Eifer und scharfsinnigem Verständnis hat sich Wechselmann der mühevollen und verantwortungsreichen Aufgabe unterzogen, das neue Heilverfahren an dem ihm zur Verfügung stehenden grofsen Krankenmaterial zu erproben, und seiner kritischen Beobachtung verdanken wir ein bedeutsames Tatsachenmaterial, das für die weitere therapeutische Verwendung des Salvarsans mafsgebende Richtlinien schuf."

Dieser Passus aus Ehrlichs Vorwort kennzeichnet Wechselmann, das mutige Einsetzen seiner Person für den Gedankengang, welchen Ehrlich bei der Aufstellung des Mittels ging. Die Tatsache, dafs das Mittel neben dem Hg und dem Jod seinen festen Platz in der Syphilistherapie für eine grofse Zahl von Autoren gewonnen hat, dafs es in der Behandlung der malignen Lues von weitgehendem Interesse ist, zu neuen Aufschlüssen führt, für viele Autoren schon unentbehrlich geworden ist, sichert den Klinikern, welche um Ehrlich mit dem Mittel in die Praxis drangen — trotz Atoxyl und Arsacetin — ein bleibendes Verdienst. Und diese wohl allgemein geteilte Überzeugung wiegt mehr als äufsere Auszeichnung.

Referent gehört zu den Zweiflern, ist sich nicht im klaren, in welchem Umfang und ob den Kranken, welche von vornherein und nur mit Salvarsan behandelt werden, eine Heilung gesichert wird. (Nur Ärztegenerationen können diese Frage entscheiden. Jegliche Diskussion ist daher viel zu früh.) Weit näher steht er Buschkes abwartendem Urteil, sogar in der Einschätzung der Spirochaeta pallida. Das hindert ihn aber nicht, in Wechselmanns reich ausgestattetem und die volle Überzeugung des Autors präzis wiedergebendem, von übertriebener Begeisterung freiem Buch den sehr guten Führer in der neuen Behandlung der Syphilis zu begrüfsen. Eine Erfahrung an

1400 Fällen! Auf die Einzelheiten wollen wir hier nicht eingehen. Mit Interesse sehen wir den angekündigten Mitteilungen des Autors über die trypanozide Kraft des Serums der mit Salvarsan behandelten Patienten entgegen. Die bereits vorliegende Literatur wird objektiv gewürdigt.

Ws. Auffassung der lokalen Rezidive in dem Sinn, dafs infolge mangelhafter Gefäfsversorgung das Mittel nicht herangelangen konnte, teilt Ehrlich. So erklären beide die auffälligen Rezidive an den Nervenstämmen, in welchen in der Frühperiode schon Spirochätenherde sich eingenistet haben müfsten. Referent hält die Auffassung unserer klinischen Erfahrung näherliegend, dafs das Mittel die Nervenstämme doch angreift und in ihnen einen Locus minoris resistentiae setzt für die Ansiedelung des syphilitischen Giftes. *Ernst Delbanco-Hamburg.*

Le droit de l'enfant abandonné et le système hongrois de protection de l'enfance. Herausgegeben von Soltán de Bosnyák und L. Edelsheim-Gyulai. (Budapest 1909. Société anonyme Athenaeum.) „Es darf bei uns keinen Kranken mehr geben, der ohne Hilfe wäre; dem Staat obliegt die Pflicht, für die Behandlung armer, kranker Bürger zu sorgen. — In unserem Lande darf kein Kind mehr verlassen sein; ein Kind, das von keinem Menschen beschirmt wird, mufs vom Staate geschützt werden." Diese beiden sozialen Grundsätze sind in der jüngsten Zeit in Ungarn zum Gesetz erhoben worden. Mit dem zweiten Grundsatz, der im Jahre 1902 aufgestellt wurde, ist das Recht des „verlassenen" Kindes auf den Schutz des Staates proklamiert worden, und mit der praktischen Durchführung dieses Rechtes haben die Magyaren ein grofsartiges, unendlich segensreiches Werk geschaffen. Als „verlassen" gilt jedes vermögenslose Kind unter 15 Jahren, das keine Eltern, Verwandte oder Gönner besitzt, die in genügender Weise für seinen Unterhalt und seine Erziehung sorgen, ferner jedes Kind, das moralisch gefährdet oder schon geschädigt erscheint, auch wenn es materiell nicht hilflos ist, endlich jedes mifshandelte Kind. Wie der Staat ohne jede bureaukratische, nationale oder konfessionelle Einschränkung und Engherzigkeit für alle diese Kinder in körperlicher, geistiger und sittlicher Beziehung sorgt, wie er sie zu brauchbaren Menschen, in erster Linie zu Bauern und Handwerkern erziehen läfst, wird in dem vorliegenden stattlichen Werke in einer Reihe einzelner Aufsätze von Jules Andrássy, Soltán de Bosnyák, Alexandre Szana, Paul de Ruffy, Melchior Edelmann, Emeric Turchányi, Géza Agoston, Géza Bajza, L. Edelsheim-Gyulai, Alexandre Karsay, Arthur-Charles Szilágyi, Henri Dorning, Coloman Bakonyi und Béla Kun mit berechtigtem Stolze ausführlich dargestellt. In keinem Lande ist der Kinderschutz so weit ausgedehnt und so trefflich organisiert; mit Bewunderung und mit Neid müssen wir auf diese soziale Grofstat sehen, die für das Individuum und für die Gesellschaft wertvoller ist als manche Wohlfahrtseinrichtung. *Götz-München.*

Therapeutisches Taschenbuch der Harnkrankheiten, einschliefslich der Erkrankungen beim Weibe und Kinde, von Ernst Portner-Berlin. (Fischers therapeutische Taschenbücher VIII. K. Kornfeld, Berlin 1910.) P. hat sich die Aufgabe gestellt, „den Arzt, der sich mit der Behandlung der Harnkrankheiten beschäftigen will, in knapper Form über die gebräuchlichen therapeutischen Methoden zu orientieren", und hat diese Aufgabe in vorzüglicher Weise gelöst. Besonders zu rühmen in ihrer Kürze und Prägnanz ist die Darstellung der verschiedenen technischen Mafsnahmen und Eingriffe, der Desinfektion der Instrumente, der Lokalanästhesie, des Katheterismus, der allmählichen Entleerung der Blase, dann die Schilderung der Blennorrhoebehandlung und der Behandlung der Prostatahypertrophie. Sehr dankenswert ist auch die Angabe der Rezeptpreise, über die sich gar viele Kollegen ganz im unklaren sind. Über einige Einzelheiten — die Nichterwähnung

der Elektrolyse bei der Behandlung der Harnröhrenstrikturen, die allerdings nur bedingte Empfehlung der Eisapplikation bei akuter Epididymitis, die Bemerkungen über die Entstehung der sog. Harninfiltration — wäre zu rechten; das ändert aber nichts an der Tatsache, dafs das Buch für den praktischen Arzt, der sich wohl mit der Behandlung der Harnkrankheiten beschäftigen mufs, ein zuverlässiger therapeutischer Führer und Ratgeber ist. *Götz-München.*

Hygiene des Sports. Herausgegeben von S. Weissbein. (Grethlein & Co., Leipzig.) Das in zwei Bänden erschienene Werk behandelt im ersten Teile die Bedeutung des Sports für die einzelnen Organe in normalem und krankhaftem Zustande, im zweiten die hygienische Seite der einzelnen Sportzweige bis zum jüngsten, dem Rollschuhlaufen. Für den Dermatologen am interessantesten ist Unnas Aufsatz über „Haut und Sport". Er bespricht zuerst eingehend die grofse Bedeutung der Haut für den Wärmeschutz und die Wärmeregulierung, wie diese beiden Funktionen bei verschiedenen Sportzweigen geübt werden und wie sie durch zweckmäfsige Mafsnahmen (Kleidung, Einfettung) unterstützt werden können. Besonders eingehend wird die Funktion der Hautdrüsen besprochen, und im Anschlusse daran wendet sich Unna energisch gegen die Anschauung von der Rückhaltung von Giften im Körper durch Verstopfung der Poren. Nach einem Exkurse über die Pigmentierung wendet sich der Verfasser den Erkältungskrankheiten und der Abhärtung zu. Von den beim Sport in Betracht kommenden Hautkrankheiten werden der „Wolf" und die Ekzeme unter der Wollkleidung näher besprochen. Als Grundsätze für die Vermeidung all dieser Erkrankungen müssen Erhaltung einer trockenen Hornschicht und Vermeidung übermäfsiger Erwärmung und Reibung der Haut gelten.

Das Werk kann jedermann, besonders aber dem Sportsmann, warm empfohlen werden, jetzt in einer Zeit, wo der Sport ungeahnte Verbreitung gewinnt und wo unter seiner Flagge allzuviel, nicht nur gegen Leben und Gesundheit anderer, mehr noch gegen die eigene gesündigt wird. Ein aufklärendes Wort aus Fachkreisen kann viel Segen bringen. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Die Syphilisbehandlung mit Salvarsan, von K. v. Stokar. (Lehmann, München 1911.) Das Werk bringt kurz die in der Literatur niedergelegten Erfahrungen über Applikationsweise, Dosierung, klinische Wirkungen und Nebenwirkungen, Kontraindikationen des Ehrlichschen Heilsmittels. Literaturverzeichnis.

Richard Frühwald-Leipzig.

Abhandlungen über Salvarsan. Gesammelt und herausgegeben von P. Ehrlich. (Lehmann, München 1911.) Auf Veranlassung des Verlags der *Münch. med. Wochenschr.* hat Ehrlich die über Salvarsan erschienenen Arbeiten gesammelt und nach ihrem Inhalt zusammengestellt. Es findet sich die Technik der Injektion, Ausscheidung des Mittels, klinische Erfahrungen, Nebenwirkungen usw. Zum Schlusse gibt E. Rückblicke und Ausblicke auf die Therapie der Syphilis mit Salvarsan und wendet sich besonders gegen die Auffassung der beobachteten nervösen Erscheinungen als Arsenschädigung, die er vielmehr für Neurorezidive infolge einer fast absoluten Sterilisation hält. Unter strenger Einhaltung der Indikationen und Kontraindikationen, hofft er, wird durch weitere Arbeit diese Therapie ausgebaut werden können.

Richard Frühwald-Leipzig.

Salvarsan, von Martindale und Westcott. (Lewis, London 1911.) Behandelt Chemie, Applikationsweise und klinische Wirkungen von Salvarsan. Literaturverzeichnis.

Richard Frühwald-Leipzig.

Contrexéville und Wildungen, von G. Parturier. (Maloine, Paris 1910.) Nach Besprechung der Geologie, Chemie und klinischen Wirkungen der Wässer von

Wildungen einerseits und der vogesischen Bäder (Contrexéville, Martigny und Villel) andererseits kommt der Verfasser zu dem Schlusse, dafs ersteres besonders für eine externe Therapie geeignet ist, was sich auch darin äufsert, daſt in Wildungen viel urologische Chirurgie getrieben wird. Die französischen Bäder dagegen eignen sich mehr für eine interne Medikation. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Mitteilungen aus der Literatur.

Regressive Ernährungsstörungen.

Pathogenese des Xanthelasma, von A. Chauffard und Guy Laroche. (*Semaine méd.* 1910. Nr. 21.) Den Autoren diente als Basis für ihre Untersuchungen eine 42jährige Kranke, welche von 1900—1906 an mehreren Anfällen von Ikterus und Gallensteinkoliken litt. Dann stellte sich ein auch jetzt noch andauernder chronischer Ikterus ein mit Cholurie und mit teils gefärbten hypercholischen, teils ungefärbten Faeces. 1907 erschien ein Xanthelasma palpebrarum, dem bald ein allgemeiner Ausbruch von makulösem, papulösem und tuberösem Xanthelasma folgte, der besonders an den Hautfaltengebieten lokalisiert war und sogar an Stellen auftrat, die durch subcutane Injektionen von Kakodylat lädiert waren. Die Cholämie und Cholurie war sehr ausgesprochen. Histologisch konnten in den Tumoren zwei Substanzen festgestellt werden, die eine stellt gewöhnliches Fett dar, die andere ist eine Lipoidsubstanz, die sich mit Osmium grau und mit Sudan III orange färbt und doppeltlichtbrechend ist. Die bereits von Pinkus und Pick geübte chemische Analyse der Tumoren ergab einen starken Cholesteringehalt im Xanthelasma. Sowohl die Liebermannsche Reaktion war positiv, desgleichen konnten im Spektroskop die Cholesterinstreifen festgestellt werden, während das Isocholesterin sowohl als das Oxycholesterin (nach Lifschütz) fehlte. In Anbetracht dieser chemischen Befunde und der klinischen Tatsache, dafs Xanthelasma oft mit ikterischen Zuständen einhergeht, legten sich die Autoren die Frage vor, ob die chemische Analyse der cholämischen Sera das Vorhandensein einer Hypercholesterinämie ergibt. Dies konnte auch in mehreren Fällen festgestellt werden, ohne dafs sich aber ein bestimmtes Verhältnis zwischen beiden Zuständen ergab.

Die grofse Empfindlichkeit der Liebermannschen Reaktion erlaubte den Autoren noch weiter zu gehen und zu untersuchen, ob nicht bei Ikterischen schon vor dem objektiven Auftreten des Xanthelasmas in der Haut an bestimmten Körperstellen eine gewisse Quantität Cholesterin deponiert wird, ob also ein sog. präxanthelasmatischer Zustand bestimmter Hautstellen nachgewiesen werden kann. Zu diesem Zwecke wurden bei Ikterischen am Augenwinkel kleine Hautstückchen exzidiert, in denen häufig ein ziemlich beträchtliches Cholesterindepot gefunden werden konnte. Es existiert also an diesen Stellen eine lokale präxanthelasmatische Imprägnation, welche die typische Form des Xanthelasma annehmen kann, wenn sich das Cholesterindepot genügend vermehrt. Was die palpebrale Prädilektion der Lokalisation betrifft, so glauben die Verfasser, dafs es sich um eine Hautfaltenlokalisation handelt, die ja auch beim generalisierten Xanthelasma eine grofse Rolle spielt. Übrigens ist keine Hautfalte mehr als die palpebrale durch den permanenten Lidschlag einem stetigen Traumatismus ausgesetzt, wodurch eine leichte Fixation des Cholesterins zustande kommt; aufserdem erleichtert die reiche Vaskularisierung der Gegend den Transport dieser Körper an diese Stelle.

Die logische Folge dieser ganzen Erwägung wäre, dafs auch bei Xanthelasmatischen der Blutcholesteringehalt vermehrt ist. Auch dies konnte durch die Cholesterindosierung nach GRIGAUT bestätigt werden. Es ist also nicht die Cholämie, welche das Xanthelasma erzeugt, sondern die Hypercholesterinämie. Die beste Parallelerkrankung, die sich dazu finden läfst, ist die Harnsäurediathese, deren Tophi dem Xanthelasma bei der Hypercholesterinämie entsprechen. *Gunsett-Strafsburg.*

Ein Fall von Vitiligo mit einer hereditären Anamnese, von EDWARD H. MARSH-Brooklyn. (*New York med. Journ.* 20. Aug. 1910.) Patient, ein 31jähriger, in den Vereinigten Staaten geborener Mann, hatte vor $4^1/_2$ Jahren einen syphilitischen Primäraffekt, später Haut- und Schleimhauterscheinungen und war $3^1/_2$ Jahre lang spezifisch behandelt worden. Bei der Untersuchung zeigten sich unregelmäfsige, pigmentlose Stellen an der Streckseite beider Hände, Finger und Handgelenke, ferner an der einen Hälfte des Penis, am ganzen Hodensack, und kleinere Herde über den ganzen Rumpf. Patient hatte die Affektion vor etwa 15 Jahren zuerst an den Händen bemerkt, und die Herde vergröfserten sich ganz allmählich, nach der syphilitischen Infektion aber in sehr rascher Weise. Der interessante Charakter des Falles liegt darin, dafs des Patienten Vater dieselbe Affektion mit fast gleicher Lokalisation und eine Schwester von des Vaters Mutter Vitiligo an beiden Händen hatte.

Stern-München.

Vitiligo und Auge, ein Beitrag zur Kenntnis der herpetischen Augenerkrankungen, von W. GILBERT-München. (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilkunde.* 48. Jahrg. Juli 1910.) In einem Falle von Vitiligo und Poliosis trat eine eigentümliche Augenerkrankung auf, die durch zeitweilig stürmischere Erscheinungen von seiten des vorderen Uvealtraktus und durch eine ganz ausgesprochen chronisch verlaufende Neuritis optici gekennzeichnet ist. Da ein innerer Zusammenhang des Pigmentschwundes mit Erkrankungen des Nervensystems anerkannt wird, andererseits sowohl Neuritis optici als Entzündungen des Uvealtraktus Folgen trophischer Störungen sein können, (herpetische Erkrankungen), so nimmt Verfasser als gemeinsame Ursache die gleiche, noch unbekannte trophische Störung an.

Arthur Schucht-Danzig.

Beitrag zur Kenntnis der diabetischen Gangrän, von VERA FRANK. (Inaug.-Dissert. Berlin 1910.) Die Entstehung der Gangraena diabetica durch Gefäfserkrankungen ist eine unbestrittene Tatsache geworden und nur die Frage, wie bei den verschiedenen Formen die Verengerung des Gefäfslumens zustande kommt, ist noch strittig. Verfasser zeigt in der angeführten Statistik, dafs die meisten Fälle, die in der chirurgischen Klinik der Charité zu Berlin in der Zeit von 1900—1908 operiert worden sind, eine Verkalkung der Gefäfse nachweisen liefsen. Das allererste Erfordernis bei der Behandlung der diabetischen Gangrän ist die möglichste Beseitigung des Zuckers. Doch ist diese nicht allein imstande, den Zucker und seine Folgezustände zu bekämpfen. Bei den Operationen in der Charité, in den Jahren von 1900—1908, wurde immer das Prinzip durchgeführt, im Gesunden zu operieren, d. h. an der Stelle zu amputieren, wo von Nekrose noch nichts zu bemerken ist und wo die Zirkulation genügend ist, um eine gute Blutversorgung des Amputationsstumpfes und der Lappen zu erwarten. Damit ist die Frage nach der Stelle, an welcher man amputieren soll, hier in dem Sinne beantwortet, dafs man dort amputiere, wo es der jeweilige Zustand der Extremität zu erlauben scheint.

Die Zahl der im oben genannten Abschnitt an diabetischer Gangrän operierten Patienten betrug 30. Erfolgreich waren: drei primäre und zwei sekundäre Oberschenkelamputationen, zwei primäre und drei sekundäre Unterschenkeloperationen, fünf Amputationen nach GITTI, drei Zehenexartikulationen und eine breite Inzision.

Erfolglos waren und führten zu Ober- und Unterschenkelamputationen: acht Zehenexartikulationen. Tödlich verliefen: drei primäre und eine sekundäre Oberschenkelamputation, eine primäre und eine sekundäre Unterschenkelamputation, drei Amputationen nach GRITTI, zwei Amputationen nach PIROGOFF, eine Exarticulatio genu, eine breite Inzision und eine Amputation im unteren Drittel des Oberarmes. Eine Reihe von Patienten ist durch die Operation verhältnismäfsig lange Zeit am Leben erhalten worden. Da von den 30 Operierten bei 15 eine Heilung eingetreten ist, so ergibt sich hieraus, dafs in 50% der Fälle Heilung erfolgte, ein Prozentsatz, wie ihn bisher keine andere Klinik aufzuweisen hat. *Fritz Loeb-München.*

Ein Fall von Myxödem im Anschlufs an Gravidität. Relative Heilung, von K. STÖSSNER-Uedem. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 48.) Eine etwa 30jährige Frau, Mutter von vier gesunden Kindern, hatte seit ihrer letzten, fünf Jahre zuvor ohne Abnormitäten erfolgten Entbindung an myxödematösen, allmählich einen hohen Grad erreichenden Erscheinungen gelitten. Auf konsequente Darreichung von Thyreoidtabletten trat eine ausgesprochene Besserung ein, welche auch seitdem, fast vier Jahre lang, noch anhält, wenn Patientin täglich 0,1 Thyreodin zu sich nimmt. Beim Aussetzen des Medikaments traten gelegentlich Rezidive ein. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Behandlung des Lupus erythematosus durch Kohlensäureschnee, von PAUTRIER und GONIN. (*Bull. méd.* 1911. S. 33.) Nach Besprechung der Anwendungsweise des Kohlensäureschnees und der durch ihn hervorgerufenen Reaktionen berichten die Verfasser über gute Erfolge bei Lupus erythematosus. Ein Teil der Fälle ist nach acht bis zwölf Sitzungen geheilt, ein anderer wesentlich gebessert. Jedenfalls erscheint der Kohlensäureschnee als wirksames und wichtiges Mittel in der Behandlung dieser Dermatose. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Ist plötzliches Ergrauen des Haupthaares möglich? von L. STIEDA-Königsberg. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 32.) Plötzliches Ergrauen des Haupthaares durch Pigmentschwund in einer Nacht kommt nach ST. nicht vor; alle diesbezüglichen Mitteilungen sind entweder auf ungenaue, unsichere Beobachtung oder auf direkte Täuschung zurückzuführen. Entfärbung der Haare — Pigmentschwund — gibt es überhaupt nicht: das physiologische, allmähliche Ergrauen beruht auf einem Haarwechsel, indem die dunklen Haare ausfallen und durch weifse, farblose ersetzt werden, seltener wird in dem jungen, nachrückenden Teil weiter wachsenden Haares kein Pigment mehr gebildet, so dafs nur diese untere jüngere Haarpartie farblos ist.

Götz-München.

Die Behandlung des Ulcus cruris varicosum mittels Pflasterstrumpfbandes, von K. BÜDINGER. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1911. Nr. 3.) Das Prinzip der Venenunterbindung, wie es bei der Operation der Vena saphena magna zum Ausdruck kommt, hat Verfasser mittels einer unblutigen Behandlungsart durchzuführen versucht: Nach Ausstreichen des Blutes aus den ektatischen Venen von Fufs bis zum Knie wird am elevierten Bein unterhalb der Kniebeuge eine zirka 10 cm breite Kalikobinde mit mäfsigem Zug in zwei- bis vierfacher Tour zirkulär glatt angelegt. Darüber wird eine zirka 4 cm breiter Pflasterstreifen in drei bis vier Touren zirkulär derart geführt, dafs sich die Streifen nicht vollkommen decken, sondern zusammen ein zirka 6 cm breites Band bilden. Die unterlegte Kalikobinde hat den Zweck, die Berührung des Pflasters mit der Haut zu verhindern und dadurch die Gefahr eines Ekzems und auch die Gefahr des Einschneidens einer Kante des steifen Pflasters auszuschalten; ferner soll sie die Abnahme des Verbandes erleichtern. Die Stärke der Umschnürung ist das Punktum saliens der Behandlung: die Binde mufs ohne Stauung so fest anliegen,

dafs man darunter auch mit einem dünnen Gegenstand nicht mehr hindurchkommt. Nach etwa zehn Tagen pflegt der Verband lockerer zu werden. Er mufs also jede Woche erneuert werden. *W. Lehmann-Stettin.*

Karbolsäureinjektionen in Hämorrhoidalknoten, von H. Schiemann-New York. (*Med. Record.* 10. Dez. 1910.) Unkomplizierte Hämorrhoidalknoten ohne Prolaps der Rektalschleimhaut behandelt Schiemann seit 18 Jahren in der erfolgreichsten Weise mit Karbolsäureinjektionen: Unter allen aseptischen Kautelen werden in jeden einzelnen Knoten und jede schmerzhafte Stelle, auch wenn sie noch nicht als Knoten imponiert, einiger Tropfen einer 5—10%igen Karbollösung (meist unter Zusatz von 5—10% Glyzerin) injiziert — gewöhnlich nach vorheriger Injektion von einigen Tropfen einer ½%igen Kokain-Adrenalinlösung. Danach werden die Knoten dunkel, hart und vor allem vollkommen schmerzlos, so dafs der Patient regelmäfsig schon am anderen Tage wieder arbeitsfähig ist, wenn er auch etwa acht Tage lang einen Verband tragen mufs. Die Knoten fallen in wenigen Tagen ab; die zurückbleibende Wunde vernarbt und hinterläfst nur eine feine strichförmige Narbe. Rezidive hat Schiemann nie gehabt. *W. Lehmann-Stettin.*

Zur Behandlung der Hämorrhoiden, von Julius Tóth-Szegedin. (*Wien. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 47.) Der Verfasser bringt täglich ein ziemlich loses Knötchen entfetteter Baumwolle in den Raum zwischen dem inneren und äufseren Schliefsmuskel. Dadurch sollen sich nach acht Tagen schon an dem Stiele der Hämorrhoiden seichte, längliche Falten bilden und allmählich das ganze Gebilde zur Schrumpfung und das Blutgefäfs zur Obliteration kommen. *Schourp-Danzig.*

Chronische Infektionskrankheiten.

c. *Syphilis.*

Die Arsenpräparate in der Behandlung der Syphilis und speziell das Salvarsan, von Francesco Mazzini. (*Morgagni.* 1911. Nr. 4.) (Schlufs.) Nachdem der Verfasser im (bereits referierten) ersten Teil seiner Arbeit die übrigen Arsenpräparate mit Einschlufs des Salvarsan bearbeitet hatte, gibt er jetzt zuerst eine literarische Übersicht über das Hektin, an die er dann einige an der Klinik in Bologna gemachte Erfahrungen anknüpft. „Das Hektin ist ein wertvolles Hilfsmittel und in gewissen Fällen ein gutes Surrogat für das Quecksilber. Es hat eine Wirkung, die der beim Salvarsan gefundenen ähnlich ist. Doch hat er vor letzterem den Vorzug, ohne Furcht und ohne Kautelen angewandt werden zu können.“ *Gunsett-Strafsburg.*

Zur Methode der Anwendung des Salvarsans in der ärztlichen Praxis, von Lenzmann-Duisburg. (*Med. Klinik.* 1911. Nr. 6) Verfasser plädiert für die intravenöse Salvarsaninjektion als Normalmethode. Den Vorteil der subcutanen und intramuskulären Injektion, dafs das Arsen in kleineren Mengen länger im Säftestrom verweilt, sucht er mit intravenöser Injektion kleiner Salvarsanmengen (0,1 bis 0,2) in geeigneten Zwischenräumen zu erreichen. Nach derartiger Injektion ist Arsen etwa zwölf Tage lang im Urin nachzuweisen.

In Fällen, wo intravenöse Salvarsaneinverleibung nicht möglich war, versuchte Verfasser die Infusion einer 1‰igen, schwach alkalischen Lösung in das Unterhautzellgewebe zwischen den Schulterblättern und beobachtete danach weder Infiltrate noch erhebliche Schmerzen. Zur Infusion von 0,2 Salvarsan sind bei obiger Verdünnung 200 ccm Flüssigkeit erforderlich. Die Haut im Bereich der Infusion wird durch Novokaininjektion unempfindlich gemacht. *Arthur Schucht-Danzig.*

Salvarsan in der ambulanten Praxis, von ALBERT NAGY-Budapest. (*Med. Klinik.* 1911. Nr. 8.) Von Interesse ist nur die Erwähnung des Auftretens von Erythema multiforme auf der Dorsalseite des Fufses und den Händen bald nach einer Salvarsaninjektion. *Arthur Schucht-Danzig.*

Über Salvarsan und einige Versuche mit demselben, von A. JORDAN. (*Petersb. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 41.) Bericht über 29 mit Salvarsan behandelte Patienten. Es waren 25 Fälle sekundärer, 3 tertiärer und 1 nervöser Lues. Das Mittel wurde in alkalischer Lösung oder in neutraler Suspension in der Dosis von 0,3 bis 0,6 injiziert. Der Erfolg war meistens prompt, doch konnte nicht die Induration und die Drüsenschwellung zum Verschwinden gebracht werden. Von Nebenwirkungen wurden Fieber und schmerzhafte Infiltrate an der Injektionsstelle beobachtet.

Richard Frühwald-Leipzig.

Über Salvarsan, von O. ROSENTHAL. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 47.) Die Wirkung des Salvarsans beruht nach Verfassers Ansicht auf der grofsen Menge von Arsenik, die in unschädlicher Form dem Körper einverleibt werden kann. Er hat auch bei Anwendung von Acid. arsenic., dessen Wert für die Syphilistherapie er bekanntlich seit langem betont hat, auffallende Beeinflussung ulceröser Prozesse, insbesondere maligner Syphilis gesehen. Mit Recht wendet er sich gegen das kritiklose Bezeichnen von schlecht mit Hg behandelten Fällen als Hg-refraktär. Von gröfstem Wert ist die fortlaufende Beobachtung der WASSERMANNschen Reaktion. Absolutere und dauerndere Heilresultate schreibt er bei aller dem Salvarsan gezollten Anerkennung dem Hg zu. *Arthur Schucht-Danzig.*

Kurze Bemerkungen über einige Fälle von Syphilis behandelt mit Salvarsan, von T. DE AMICIS - Neapel. (*Riforma med.* Eröffnungsnummer des 27. Jahrgangs.) DE AMICIS hat in acht Fällen von Sekundärlues und in einem von maligner tertiärer Lues das Salvarsan angewandt und konstatierte die verblüffende Heilwirkung desselben. Allerdings hatte er Rezidive, die er dann mit Hg behandelte. Er rät, das Salvarsan sofort nach Stellung der Diagnose anzuwenden und zugleich die Läsionen lokal zu behandeln, um möglichst alle Spirochäten abzutöten, solange die Infektion noch circumskript ist. *Gunsett-Strafsburg.*

Erfahrungen über die Behandlung mit Salvarsan, von LUDWIG WAELSCH (*Prag. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 48.) Die in diesem längeren Artikel niedergelegten Erfahrungen decken sich im wesentlichen mit denen anderer Autoren. Insbesondere zollt er der Wirkung des Mittels bei tertiärer Lues, besonders auf die Knochenprozesse und die sie begleitenden heftigen Schmerzen vollste Anerkennung.

Arthur Schucht-Danzig.

Die Behandlung der Syphilis mit Salvarsan. (*Presse méd.* 1910. Nr. 84.) Eine Literaturstudie ohne neue Tatsachen. *Gunsett-Strafsburg.*

Über die Behandlung ulceröser Rachenlues und Malaria mit Salvarsan, von FRITZ TEDESKO-Wien. (*Wien. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 51.) Fall eines 17jährigen Mädchens, dafs auf Injektion von 0,5 g Salvarsan neutraler Lösung nach WECHSELMANNS Technik überraschend schnelle und gute Heilung erfuhr. *Schourp-Danzig.*

Salvarsan, von LEO FORBAT-Szegedin. (*Wien. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 6.) Nach seiner Erfahrung hält F. das Salvarsan zur subcutanen Verabfolgung für nicht geeignet; er injiziert tief in die Rückenmuskulatur zwischen Wirbelsäule und Schulterblatt, wobei er Infiltrate „so gut wie gar nicht“ zu sehen bekommt und die Begleiterscheinungen des Fiebers und der Schmerzen als erträglich bezeichnet.

Schourp-Danzig.

Betrachtungen über die Behandlung mit Salvarsan und über die Biotherapie der Syphilis, von LUCIEN JACQUET. (*Gaz. d. hôp.* 1910. Nr. 120.) J. teilt

folgenden Todesfall nach Salvarsan mit: Ein 42jähriger Alkoholiker ohne luetische Antezedentien weist ein ulceriertes, fünfmarkstückgrofses Syphilom des Oberschenkels auf. Seit einigen Jahren litt er an starken Verdauungsstörungen, Brechen, Magenerweiterung. Keine Kachexie. Wassermann positiv. Am 17. September bekommt der Kranke 0,5 Salvarsan. Es stellt sich starke Schmerzhaftigkeit und mäfsiges Fieber ein. Dabei trocknet die Ulceration rasch ein und beginnt sich zu überhäuten. Am siebenten Tage aber tritt abundantes Erbrechen schwärzlicher Massen auf. Die Anämie und Schwäche nimmt stetig zu und am 29. September, d. h. zwölf Tage nach der Injektion, stirbt der Kranke. Bei der Autopsie fand sich ein Magenulcus mit callösen Rändern, Pylorusstenose und Magenerweiterung. Jacquet glaubt, dafs die Injektion des Salvarsan, „das ja eine stark gefäfserweiternde Wirkung hat", an dem Todesfall schuld ist, da vor der Injektion der Kranke niemals an Hämatemese gelitten hatte, und möchte deshalb alle ulcerösen Affektionen des Verdauungstraktus als strenge Kontraindikationen für die Anwendung des Salvarsans betrachten.

Dann fügt Jacquet noch einige Betrachtungen über die Syphilis im allgemeinen hinzu. Er glaubt, dafs die Gefährlichkeit der Syphilis sehr übertrieben wird. So sollen die tertiären Syphilome einzig und allein „durch eine Reihe funktioneller oder entzündlicher Reize banaler Art hervorgerufen, lokalisiert und unterhalten werden. Sie verschwinden gewöhnlich beinahe vollständig — und oft vollständig — ohne spezifische Behandlung, wenn man diese Reize fernhält".

Er läfst dann die Abbildungen mehrerer luetischer Erscheinungen folgen (teils sekundärer, teils tertiärer Natur), welche ganz allein nur vermittels seiner Biotherapie heilten, die in einer „Regelung der zu starken oder ungenügenden funktionellen Erregung aller Gewebe und Organe und der Unterdrückung der äufseren oder inneren banalen Entzündungsweise" besteht. J. verspricht, diese Behauptungen bald an der Hand eines umfangreichen Materiales zu beweisen. (Viele Anhänger wird diese Lehre wohl auch in Frankreich nicht haben. Ref.) *Gunsett-Strafsburg.*

Über das Salvarsan bei der Behandlung der Syphilis, von G. Kobler. (*Wien. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 48.) Bekanntes. *Schourp-Danzig.*

Behandlung der Syphilis mit Salvarsan, von Gaucher. (*Gaz. d. hôp.* 1910. Nr. 130.) Der Verfasser formuliert seine Ansicht über das Mittel folgendermafsen:

1. Die Rezidive häufen sich (7 auf 30 Injektionen) und bei längerem Warten würden sie sich noch mehr häufen.
2. Es gibt Läsionen, die nicht beeinflufst werden.
3. Andere heilen ebenso langsam als mit Quecksilber.
4. Manche Läsionen heilen sehr schnell. Es sind dies die oberflächlichen, ulcerierten Läsionen, die ebenfalls mit Quecksilber leicht heilen. Die tieferen, infiltrierten Symptome sind viel hartnäckiger. Das Salvarsan scheint besonders vernarbend zu wirken.
5. Es gibt ohne Zweifel Läsionen, die dem Quecksilber Widerstand geleistet haben und die mit Salvarsan heilen.
6. Auf viscerale Läsionen hat das Salvarsan absolut keine Wirkung, ebensowenig als auf die parasyphilitischen.

„Trotzdem ist das Salvarsan ein Mittel, das bleiben wird. Es ist eine neue Waffe gegen die Lues, es ist aber ein Medikament, das nur ausnahmsweise angewandt werden soll, wenn das Quecksilber wirkungslos ist." *Gunsett-Strafsburg.*

Klinische Erfahrungen mit Salvarsan, von G. Frühauf-Wien. (*Militärarzt.* 1911. Nr. 3.) Nichts Neues. *Schourp-Danzig.*

Einige Bemerkungen zur Behandlung mit Salvarsan, von M. v. Zeissl-Wien. (*Wien. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 4.) In der Überzeugung, dafs Salvarsan das beste Heilmittel gegen Syphilis ist, weist v. Z. gegen das Präparat gerichtete Angriffe zurück.
Schourp-Danzig.

Zur Salvarsantherapie, von Karl Ullmann-Wien. (*Wien. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 49.) Die Therapie mit Salvarsan bedeutet einen Fortschritt in bezug auf die Raschheit des Symptomenschwundes und der Gewebsresorption. Die präzise Empfehlung einer bestimmten Applikationsmethode und die prognostisch-therapeutische Bewertung des Mittels sind aber zurzeit noch unmöglich, da das Stadium der Versuche noch keineswegs abgeschlossen ist. *Schourp-Danzig.*

Das Salvarsan, von E. Emery-Paris. (*Lancet.* 26. Nov. 1910.) Verfasser berichtet über seine Auffassung von der Bedeutung des Ehrlichschen Mittels nach den Ergebnissen einer Studienreise in Frankfurt, Berlin und Breslau und zollt dem Erfinder begeisterte Anerkennung. Dabei konstatiert er, dafs weitere nüchterne Beobachtungen auf dem Gebiete immer noch nötig sind, und dafs man sich auf mancherlei Mifserfolge gefafst machen mufs, ehe ein endgültiges Urteil über die Leistungsfähigkeit des Präparates, technische Einzelheiten, Indikationen und Kontraindikationen und etwaige akzessorische Hilfsmittel wird gefällt werden können. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Kurzer Bericht über 64 Fälle von Anwendung des Salvarsans, von A. Jordan. (*Therap. Rundschau* [russisch]. 1911. Nr. 3). In 64 Fällen, wo ich das Salvarsan in der Dosis von 0,3—0,6 intramuskulär resp. subcutan nach den Methoden von Alt, Neisser, Blaschko und Taege anwandte, handelte es sich in 17 um Syphilis condyl. recens, in 20 um Syphilis condyl. recidiva, in 16 um Syphilis gummosa, in 8 um Lues cerebri, in 5 um Lues cerebro-spinalis, in 2 um syphilitisches Fieber im Spätstadium und in einem um progressive Paralyse. In 55 aller dieser Fälle war der Effekt ein guter, welcher insofern denjenigen des Quecksilbers und des Jods weit übertraf, als die Kranken sich unter dieser Behandlung, abgesehen von dem Schwunde der Erkrankungen, bedeutend kräftiger und wohler fühlten als nach ersteren Mitteln. Rezidive beobachtete ich in neun Fällen, was insofern nicht überraschen kann, als von 30 Kranken, welche regelmäfsig einmal wöchentlich zur Blutuntersuchung kamen und wo die Wassermannsche Reaktion negativ geworden war, schon nach kurzer Zeit dieselbe bei den meisten, nämlich 20, wieder positiv wurde. Autoreferat.

Die Behandlung der Syphilis mit Salvarsan, von L. Halberstaedter-Berlin. (*Ther. Monatsh.* Dez. 1910.) Bei der Frage der Reinjektion ist zu bedenken, dafs über Schädigungen und Nebenwirkungen bei wiederholten Injektionen Erfahrungen noch fehlen. Verfasser bedient sich der kombinierten Behandlung, indem er auf die Salvarsanbehandlung nach einiger Zeit eine Hg- bzw. Hg- und JK-Behandlung folgen läfst. *Arthur Schucht-Danzig.*

Salvarsan, von M. S. Kakels-New York. (*Med. Record.* 17. Dez. 1910.) K. referiert einleitend, was wir über chemische Zusammensetzung, Technik und Erfolge aus anderen Arbeiten wissen, und gibt 13 kurze Krankheitsgeschichten eigener Beobachtung. Er hat nur ausgewählte Fälle, d. h. solche, die bei der bisherigen Behandlung nicht vorwärts kamen oder refraktär waren, mit Salvarsan behandelt und neben der Methode Wechselmanns und Alts auf Anregung von Meltzer-New York Injektionen in die lumbale Muskulatur vorgenommen. Meltzer hat zusammen mit Alt gefunden, dafs Adrenalin schneller resorbiert wird, wenn es in die Lumbalmuskulatur injiziert wird statt glutäal, und dafs Salvarsaninjektionen auf diesem Wege weniger schmerzhaft waren. Kakels hat gute Erfahrungen mit dieser Methode gemacht: Er hat die Altsche alkalische Lösung gebraucht und Wert darauf gelegt, dafs die Nadel genau im Muskel zwischen den umgebenden Fascien zu sitzen kommt, nicht ober- oder

unterhalb in das Bindegewebe. Die Schmerzhaftigkeit war auffallend gering. Seine Resultate, die er mit Abbildungen belegt, sind fast durchweg sehr gute.

In einem Falle hereditärer Syphilis, dessen Eltern beide positiven WASSERMANN, aber keine syphilitischen Symptome hatten, hat er nach dem Vorgange von DUHOT und TAEGE der Mutter 0,3 injiziert, in der Milch Spuren von Arsen nachweisen können, aber keinerlei Erfolg beim Kinde gesehen, das nach zehn Tagen zugrunde ging. Er hält die Möglichkeit offen, dafs die Spuren von Arsen, die von TAEGE z. B. nicht gefunden wurden, nicht wirksam sind, sondern im Körper der Mutter gebildete Antikörper, und dafs diese Antikörper in seinem Falle in nicht genügender Weise gebildet wurden, weil die Mutter eben keine manifesten Läsionen der Syphilis mit Ausnahme des WASSERMANNS darbot. *W. Lehmann Stettin.*

Syphilitischer Primäraffekt durch Salvarsan geheilt. Neuer Schanker nach drei Monaten, von MILIAN. (*Bull. méd.* 1910. S. 1168.) Das im Titel angegebene Resultat soll durch 0,55 Salvarsan erzielt worden sein.

Richard Frühwald-Leipzig.

Die Behandlung der Syphilis mit Salvarsan, von HÜBNER. (*Fortschr. d. Med.* 1911. Nr. 1.) Nichts Neues. *Haas-Hamburg.*

Über das EHRLICHsche Heilmittel Salvarsan bei Syphilis, von RIECKE. (*Fortschr. d. Med.* Nr. 49.) Bringt nichts Neues. *Haas-Hamburg.*

Meine weiteren Erfahrungen mit Salvarsan, von J. SELLEI-Budapest. (*Gyógyászat.* 1910. Nr. 48.) Verfassers neuere Erfahrungen — 234 Fälle — sprechen immer mehr dafür, dafs eine einzige Injektion des Mittels zur vollkommenen Heilung der Syphilis nicht genügt. Vor der zweiten Salvarsaninjektion soll behufs Nachweises der Absorption des früheren Arsens As-Probe gemacht werden. Die Wirkung ist dort am stärksten, wo die Spirochäten mit Quecksilberbehandlung schon angegriffen sind. Die primäre Papel, die Erosion entwickelt sich rasch zurück. Die entwickelten harten und grofsen Sklerosen heilen manchmal sehr langsam, manchmal erst nach einigen Wochen. In einem Falle traten zwei Wochen nach der Injektion, in einem anderen Falle neun Wochen später Roseolen auf. Rückfälle sah er in 5 von 78 frischen Fällen. Lichen syphiliticus, Condylomata lata bilden sich mit rapider Schnelligkeit zurück Bei einigen Tabetikern stillte das Mittel manchmal die lanzinierenden Schmerzen und behob die Magenkrise. Nach vierwöchentlicher Pause stellten sich die Symptome wieder ein. In einem Falle besserte sich die Ataxie augenscheinlich, in einem anderen Falle wurde der Patient unter der Wirkung der Injektion invalid. Salvarsan hat in manchen Fällen schmerzstillende Wirkung. In gewissen Fällen von Paralysis progressiva kann das Salvarsan entschiedene Reaktion hervorrufen. In einzelnen Fällen konnte die Besserung der Anisochorie, der Disarthrie festgestellt werden. In anderen Fällen mufste Verfasser den raschen Verfall solcher Patienten der Injektion zuschreiben. In einem anderen Falle besserte sich nach der Injektion die Disarthrie entschieden. Bei dem bisher zum vollständigen Aussprechen der Worte unfähigen Patienten änderte sich das Symptom derart, dafs er als Redner auftreten konnte, doch damit ging der Umstand einher, dafs seine Übertreibungen, seine Wahnideen solche Dimensionen angenommen haben, dafs er in einer Irrenanstalt interniert werden mufste. In dem kombinierten Falle von Lues und Phthisis pulmonum verschlimmerte sich der tuberkulöse Prozefs nicht. In einem Falle von Orchitis luetica bildete sich die Hodengeschwulst rasch zurück. In einem Falle von Leukoplakie sah Verfasser entschiedene Besserung, in zwei Fällen nur schwache Wirkung. Prägnante HERXHEIMER-Reaktion sah Verfasser in zwei Fällen. In einem Falle ähnelte sie einem wirklichen Urticariaausbruche. Nach der ersten Injektion war das Mittel in zwei Fällen wirkungslos. In drei Fällen von Psoriasis vulgaris war das Mittel wirkungslos. Die Resultate,

die Verfasser jetzt nach den Injektionen gesehen hat, stimmen nicht mit jenen überein, die er in der ersten Zeit erzielt hat. Salvarsan ist in den letzten Wochen bzw. Monaten, was die Wirkungskraft betrifft, bedeutend zurückgegangen. Es war nicht so wirksam, wie es Juni bis August war. In einigen Fällen überzeugte sich Verfasser von der Unbrauchbarkeit des WECHSELMANNschen Verfahrens. Im Salvarsan haben wir kein gutes drittes Mittel, sondern eines, das alle bisherigen Antisyphilitika übertrifft. In 25 Fällen wendete Verfasser das Mittel intravenös an. Das Verfahren ist nicht ganz gleichgültig; es hat aber den unbedingten Vorteil, daſs es vollkommen schmerzlos ist und daſs die Unannehmlichkeiten nach der Injektion in sehr kurzer Zeit verlaufen. Unmittelbar nach der Injektion stellt sich Schüttelfrost ein, die Temperatur steigt und erreicht fünf bis sechs Stunden später den Höhepunkt, Sie wird aber in einigen Stunden wieder normal. Manchmal stellt sich Erbrechen ein, in einigen Fällen trat sehr häufiger Durchfall auf. *Porosz-Budapest.*

Meine Erfahrungen mit Salvarsan, von CHRZELITZER - Posen. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 48.) Das Beobachtungsmaterial umfaſst 47 Fälle in verschiedenen Stadien der luetischen Infektion. Die Resultate waren gut, zum Teil glänzend zu nennen. Vereinzelt kamen auch schwere nachteilige Wirkungen vor, so bei einem 37jährigen Manne mit fortgeschrittener Tabes. Derselbe zeigte nach einer intramuskulären Injektion von 0,6 am nächsten Tage sehr bedrohliche Erscheinungen einer Arsentoxikose, gastrische Krisen, blutigeitrig-schleimige Durchfälle, Tenesmus, Anurie, Albuminurie und andere Symptome; der Patient erholte sich nur langsam und unvollständig. Bei einem anderen Falle wurde nach einer Injektion in gleicher Stärke nach WECHSELMANN auch schwerer Kollaps und Pulsverlangsamung auf 36° konstatiert. Verfasser empfiehlt als Vehikel statt Paraffin klares steriles Olivenöl; er verreibt das Pulver in einem Achatmörser unter allmählichem Zusetzen des Oels bis (in zwei Minuten) eine ganz flüssige Masse hergestellt ist. Als Injektionsstelle bevorzugt er die obere seitliche Partie des Oberschenkels. Abscesse und Nekrosenbildung hat er nicht zu beklagen gehabt. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über die mit Salvarsan erzielten Resultate, von A. TORDAY - Budapest. (*Orvosi Hetilap.* 1911. Nr. 2.) In einem Falle von primärer Affektion konnte die Injektion die Entwicklung der sekundären Symptome verhindern. Sekundäre Fälle waren es 25. In den meisten wurden die Roseolen blasser, nur bräunliche Flecken zeigten die früheren Stellen und auch diese verschwanden nach 24 Stunden; Schleimhautulcera auf den Tonsillen, Rachenbogen, auf der Zunge zeigten Epithelbildung einige Tage nach der Injektion und verheilten nach einigen weiteren Tagen. Zur Ausfüllung der tiefergehenden Ulcerationen war schon eine längere Zeit notwendig, ebenso bis zum Verschwinden der Papeln und der Plaques. Die Drüsen wurden kleiner, verschwanden aber nicht. In zahlreichen Fällen beobachtete Verfasser die HERXHEIMERsche Reaktion. Er hat nicht den Mut mit Entschiedenheit zu behaupten, (aber oft war es der Fall), daſs jene Fälle rezidivierten, in denen man vielleicht wegen der Unzulänglichkeit der Dosis HERXHEIMER-Reaktion beobachtet hat. Bemerkenswert ist der Fall eines Ehepaars: Bei dem Manne verschwanden die Ausschläge nicht ganz und er bekam später noch zwei Injektionen. Bei der Frau zeigten sich aufs neue Roseolen, trotzdem die WASSERMANNsche Reaktion negativ geworden war. Bei einem jungen Mann verschwanden die Ulcera im Schlunde eine Woche nach der Injektion, doch die Kopfschmerzen hörten nicht auf. Zwei Wochen später traten wieder Ulcera im Munde und Gummen auf der Zunge auf. Die tertiären Fälle (24) boten das dankbarste Feld für die Therapie. Zerfallene und allen Behandlungen trotzbietende Gummen bildeten sich zurück und heilten vollständig ab. Ulceröse, krustöse Hautsyphilide heilen in ein bis zwei Wochen. Ein seit 16 Jahren bestehen-

des Ulcus heilte nach zwei Monaten vollkommen. Tabes dorsalis wurde in 16 Fällen ohne Erfolg behandelt. In einem Falle von Gehirngeschwulst verschwand am Tage nach der Injektion der peinliche Kopfschmerz, der Schwindel und der Brechreiz. In einem andern Falle, in dem die Symptome bei Quecksilberbehandlung nicht verschwinden wollten, wurde mit wiederholten Einspritzungen von Salvarsan auch kein Erfolg erzielt. In einem Fall von Lebergumma ergab sich eine kleine Besserung, in einem andern Fall ging die Geschwulst nach einer Woche zurück. In Fällen von Diabetes insipidus und mellitus war Salvarsan wirkungslos, ebenso in den Fällen von nicht luetischen Erkrankungen, als Lymphosarcoma, schwerer Anämie und Leukämie. Die Arsenabsonderung verschwand nach einer Woche, doch manchmal sah Verfasser auch zwei Wochen später Arsenspuren im Urin. Mit einer Salvarsaninjektion kann niemand geheilt werden. Es ist die mehrfache Anwendung des Mittels notwendig. Quecksilber und Jod ist auch fernerhin ein unentbehrliches Mittel in der spezifischen Therapie. Salvarsan reiht sich würdig dem Quecksilber und Jod an, überflügelt sogar diese in mancher Beziehung. Der Vorzug ist die schnelle Wirkung und die einfachere Behandlung. *Porosz-Budapest.*

Kurzer Bericht über elf Fälle von Syphilis, bei denen das Salvarsan angewandt wurde, von Jawein. (*Russki Wratsch.* 1911. Nr. 3.)

Das Salvarsan bei den syphilitischen Erkrankungen des Zentralnervensystems, von Kljetschew. (*Russki Wratsch.* 1911. Nr. 4.) Sowohl Jawein als Kljetschew haben bei ihren nicht zahlreichen Versuchen mit dem Salvarsan gute Resultate bei Syphilis gesehen, aber, wenn es auch schneller als Hg und J wirkt, ist doch, wie J. sagt, keine Therapia magna sterilisans zu erzielen, und, wie K. richtig bemerkt, bei den syphilitischen Erkrankungen des Zentralnervensystems wohl zu unterscheiden zwischen den syphilitischen und den parasyphilitischen Veränderungen. Während Salvarsan auf erstere spezifisch wirkt, entfaltet es auf letztere nur eine Arsenikwirkung. *Arth. Jordan-Moskau.*

Meine bisherigen Erfahrungen mit Salvarsan, von Werther - Dresden. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 48.) Die Beobachtungen W.s erstrecken sich auf einen Zeitraum von drei Monaten und betreffen 160 Fälle, bei denen er in Summa 280 Injektionen teils intravenös, teils subcutan, teils intramuskulär gegeben hat. Die Heilwirkung war die gleiche günstige, wie dies von anderen Autoren übereinstimmend geschildert ist. Unter 100 teils subskapulär, teils intramuskulär mit der nach Wechselmann bereiteten neutralen Suspension ausgeführten Injektionen war nur einmal die Ansammlung von sterilem Eiter und Gewebsnekrose zu beklagen. Diesen Zwischenfall führt Verfasser darauf zurück, daſs in Folge eines Defektes an der Bürette zu viel Natronlauge in die Mischung gelangt war, und daſs die Neutralisierung mit Essigsäure wohl nicht ganz exakt war, da Lackmuspapier, das hierbei verwendet wurde, in solchen Fällen oft ungenaue Resultate liefert. Bei 30 Patienten nahm W. die intramuskuläre Injektion mit einer Verreibung mit sterilem süſsen Mandelöl vor. Er findet das Verfahren entschieden empfehlenswert. Unter den Folgeerscheinungen ist die mit ziemlicher Regelmäſsigkeit auftretende Oligurie besonders zu betonen, die zur Vorsicht bei vorhandener Nierenerkrankung mahnt. Andererseits hat Verfasser auch eine wesentliche Besserung der Albuminurie bei der Behandlung konstatieren können. Bei zwei Fällen von Neuritis optica syphilitica war die Wirkung eine auffallend günstige; auch bei Neuritis acustica war wenigstens ein gewisser Erfolg zu erkennen. Besonders resistent auch gegen Salvarsan sind Drüsenindurationen, harte alte Sklerosen, organisierte Papeln und die Keratitis parenchymatosa. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Erfahrungen mit Salvarsan, von D. Montesanto - Athen. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 49.) An einem allerdings relativ kleinen Material hat Verfasser

das Salvarsan bei subcutaner, intramuskulärer und intravenöser Applikationsweise erprobt. Die Dosen variierten zwischen 0,3 und 0,6. Seit der Darreichung sind in dem ersten Falle 80, in dem letzten 30 Tage vergangen. Rezidive wurden zweimal konstatiert. Besonders schwere Störungen traten nicht hervor, aber zwei Patienten zeigten teils leichtere, teils deutlichere ikterische Erscheinungen. Eine ziemlich häufige Erscheinung war eine hartnäckige Obstipation, die zuweilen von Symptomen typhöser Art begleitet war. Bei drei Leprakranken wurden auch gewisse Resultate erzielt. M. bezeichnet den Erfolg hierbei zum mindesten jedenfalls ermunternd, wenn auch nicht so auffallend wie bei der Syphilis. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Weitere Erfahrungen mit Salvarsan, von Favento - Triest. (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 2.) Dieser Bericht umfaſst die Beobachtungen bei 428 Injektionen, welche Verfasser in der Zeit vom 20. Juli bis 30. November vorigen Jahres ausgeführt hat. Er hat teils nach Wechselmann (275 Fälle), teils nach Kromayer intramuskulär (70 Fälle) und teils mit der intravenösen Methode (83 Fälle) gearbeitet. Bei dem letzteren Verfahren folgte er der Vorschrift von Schreiber-Magdeburg: das Präparat wird in destilliertem Wasser gelöst mit Zusatz von Kalilauge bis zur vollständigen Klärung, worauf noch auf eine Gesamtmenge von 200 ccm aufgefüllt wird. Für die intramuskulären Injektionen fand F. das Sesamöl das beste Suspensionsmittel; die ganze Emulsionsmasse braucht dabei nicht mehr als etwa 5 g zu betragen, und gröſsere Infiltrate oder Abscesse kamen dabei nicht vor. Schwerere Störungen traten bei einem 30jährigen Manne mit schwerer luetischer Knochenaffektion an der Nase nach der endovenösen Einverleibung von 0,45 mit einer am vierten Tage nachfolgenden intramuskulären Injektion von 0,5 hervor. Die Wassermann-Reaktion zeigte in vielen Fällen ein Negativwerden nach der Behandlung, gelegentlich allerdings auch ein Wiedereintreten des positiven Verhaltens. Bei einer gewissen Zahl von Fällen ist F. geneigt, eine Dauerheilung anzunehmen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über die Anwendung des Salvarsans bei Syphilis, von W. Schiele. (*Petersb. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 46.) Bericht über zehn behandelte Fälle. Sehr gute Erfolge bei rezenter Lues und in einem Falle hereditärer Syphilis. Ein tertiärluetisches Geschwür im Nasenrachenraum heilte in 14 Tagen ab, nachdem die Atmung schon am Tage nach der Injektion freigeworden war. Bei einem Patienten mit schwerer Gehirnsyphilis konnte der Tod nicht aufgehalten werden. Ein Tabetiker verspürt Besserung durch Aufhören der lanzinierenden Schmerzen und des Erbrechens. Zusammenfassung der Literatur. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Anwendung des Salvarsans in der Behandlung des syphilitischen und metasyphilitischen Nervenleidens, von A. Sarbó - Budapest. (*Börés Bujakórtan*, Beiblatt der *Budapesti Orvosi Ujsag.* 1910. Nr. 4.) Verfasser berücksichtigte in erster Reihe die syphilitischen Leiden des Gehirns und Rückenmarks; in zweiter Reihe nahm er solche an metaluetischen Erkrankungen Leidende in Behandlung, die neben diesem Leiden auch manifeste syphilitische Veränderungen gezeigt haben. Die dritte Gruppe bildeten jene Fälle, bei denen die Anfangssymptome der Tabes vorhanden waren. Von seinen 19 Fällen war ein Fall Lues visceralis, sechs Lues cerebi, drei Lues cerebrospinalis, vier Lues spinalis, drei Tabes incipiens, ein Fall auf Paralysis progressiva verdächtig und ein Fall von Paralysis progressiva. In drei Fällen hatte Verfasser zweifellos mit cerebraler Lues zu tun. In allen drei Fällen war der Einfluſs der vorangegangenen Quecksilber- und Jodbehandlung ebenfalls zweifellos, aber vollkommene Heilung trat nicht ein. In einem Fall glaubte Verfasser schon nach der ersten Injektion, daſs vollkommene Heilung eingetreten sei, doch vier Wochen später stellte sich ein Rückfall ein. Eine schwere Papillitis besserte sich nicht, aber der Kranke konnte wieder lesen und schreiben. Verfasser gab eine neue — intravenöse — In-

jektion 0,18. Eine äufserst schwere Wirkung stellte sich ein (Besinnungslosigkeit, epileptische Krämpfe, Temperaturerhöhung (40,6°), Doppeltsehen). Der Fall war so schrecklich, dafs Verfasser jedenfalls keine intravenöse Injektion mehr gibt. Doch das Mittel bewährte sich. Am dritten Tage hörte die Besinnungslosigkeit, das Doppeltsehen auf. Patient konnte, von den schweren Kopfschmerzen befreit, seine Beschäftigung wieder aufnehmen. Von fünf Fällen von Lues cerebrospinalis et spinalis war in einem die Rigidität des linken Fufses so stark, dafs Patient seiner Beschäftigung nicht nachgehen konnte und nur auf einen Stock gestützt den linken Fufs nachschleppte. Die Behandlung mit Salvarsan bewährte sich vortrefflich, sein Gang war wieder normal, obgleich die objektiven Symptome des Nervensystems (Spastische Reflexe, Babinski) auch heute noch bestehen. Salvarsan ist imstande die Syphilis des Nervensystems günstig zu beeinflussen. Zweierlei Wirkung konnte Verfasser bisher feststellen. Die unmittelbare und sich rasch einstellende Wirkung, wenn die von der Syphilis verursachten subjektiven Symptome am zweiten bis dritten Tage nach der Injektion prompt verschwinden. Dann eine sich in späterer Zeit einstellende Wirkung, wenn bei unveränderten objektiven Symptomen bezüglich der Aktion eine wesentliche Veränderung eintritt. Zum syphilitischen Charakter des Nervensystemprozesses gehört auch das, dafs bei antiluetischen Verfahren die Rückbildung rasch eintritt. Neues merkte Verfasser auch bei der Behandlung mit Salvarsan nicht. Sein Vorteil ist, dafs bei einmaliger Anwendung eine günstige Wendung eintritt. In einzelnen Fällen trat Rückfall auf. Die Nachteile sind, dafs eine tadellose Methodik nicht zur Verfügung steht. In 12 von 19 Fällen zeigte sich günstiger Einflufs. Berechtigt ist die Anwendung von Salvarsan bei den sicher syphilitischen Erkrankungen des Nervensystems, nur bei Endarteriitis luetica ist Vorsicht geraten. Mit Nachdruck hebt Verfasser die Wirkung vom Gesichtspunkte der Funktionsbesserung hervor, die er bei sogenannten mit Defekt geheilten Syphilisfällen des Nervensystems beobachtet hat. Berechtigt ist die Behandlung bei Tabes im Anfangsstadium und bei metaluetischen Leiden, wenn auch sonstige manifeste luetische Erscheinungen vorhanden sind. In den günstig beeinflufsten Fällen trat Körpergewichtzunahme infolge des gesteigerten Stoffwechsels ein. Ob Arsen eine direkte Wirkung auf das Rückenmark bzw. auf die tabetischen Veränderungen ausübt, ist eine Frage, die aufgeworfen, aber nicht beantwortet werden kann. Die Gewichtszunahme allein kann die Indikation des Mittels nicht bilden. Es darf nicht vergessen werden, dafs die Salvarsanbehandlung noch im Anfangsstadium ist. Bei Paralysis progressiva machte das Leiden trotz der anfangs günstig scheinenden Beeinflussung Fortschritte. *Porosz-Budapest.*

Über die Behandlung der Syphilis mit Salvarsan, von F. Weiler und R. Frühwald-Leipzig. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 50.) Es werden hier die Erfahrungen mitgeteilt, welche in der Rilleschen Klinik bei 206 mit Salvarsan behandelten Fällen gesammelt wurden. Von einer intravenösen Darreichung war abgesehen worden, nachdem sich durch das Tierexperiment herausgestellt hatte, dafs die Hühnerspirillose auf Hühner, welche intravenös immunisiert worden waren, schon nach drei bis vier Tagen übertragen liefs, während dies bei den mit intramuskulären Injektionen behandelten Exemplaren erst nach 30—40 Tagen möglich war. Die Mehrzahl der Patienten (180) erhielt eine mit Methylalkohol und sterilem heifsen Wasser bereitete neutrale Lösung in die Glutäen injiziert. In letzter Zeit wurde allerdings der Methylalkohol ausgeschaltet. Die subcutane Injektion mit einer nach Blaschkos Vorschrift bereiteten Suspension kam 15mal in Anwendung, und zehn Fälle wurden nach Kromayers Angaben behandelt. Die Resultate waren, wie Verfasser durch Mitteilung mehrerer Krankengeschichten belegen, die gleichen günstigen, wie von anderen Autoren berichtet; allerdings blieben bei verschiedenen Patienten

die bekannten Beschwerden und Abnormitäten nicht aus, doch erreichten dieselben niemals den Grad einer wirklichen Kontraindikation. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Salvarsantherapie, Rückblicke und Ausblicke, von P. Ehrlich-Frankfurt a. M. (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 1.) Als allerersten Artikel des laufenden Jahrgangs bringt die Redaktion diesen vom Verfasser am 8. Dezember gehaltenen Vortrag, und es wird jedenfalls keinem der Leser die innere Begründung dieser glücklichen publizistischen Disposition auch nur einen Augenblick zweifelhaft sein. Hat doch die ebenso mühevolle und langwierige wie geistreiche Arbeit Ehrlichs der Therapie nicht nur der Syphilis, sondern auch noch anderer Leiden ein grofses neues Gebiet erschlossen und die Anregung gegeben zu ausgedehnten Forschungen auf Grund von wesentlich veränderten Gesichtspunkten, von den schon erzielten erstaunlichen praktischen Erfolgen nicht einmal zu reden. Wer die bisher erschienene Literatur einigermafsen verfolgt hat, wird allerdings in dem vorliegenden Aufsatz mancherlei ihm schon Bekanntes wiederfinden, und der Referent kann eigentlich durch das Herausgreifen von Einzelheiten dem Leser nur den Genufs beeinträchtigen, den die Lektüre des von der Meisterhand behandelten Themas im Original gewährt. Immerhin mag erwähnt werden, dafs E. durch exaktes Beweismaterial die von Finger auf Grund von einigen von ihm beobachteten Läsionen an Nerven (Opticus, Akusticus) erhobenen Bedenken überzeugend widerlegt. Namentlich ist hervorzuheben, dafs der berichtete Fall von Amaurose offenbar auf die vorhergegangene, sehr ausgiebige anderweite Arsenikbehandlung zurückzuführen ist. Eine Rundfrage ergab aus den von 25 Stellen mit einem Material von 8000 Fällen eingegangenen Berichten allerdings das Vorhandensein von Nervenaffektionen bei neun Patienten. Ein Vergleich mit den Erfahrungen bei anderweiter Therapie ergibt aber, dafs dieser Prozentsatz in den Frühperioden der Syphilis durchaus nicht abnorm hoch ist und wohl nicht einem Zuviel, sondern vielmehr einem Zuwenig des therapeutischen Wirkens zuzuschreiben ist. Als Kontraindikation für die Salvarsantherapie sind zu betonen: Herzfehler oder auch nur ein erregbares Herznervensystem, Gefäfsdegenerationen, Aneurysmen, Hirnblutungen, hohes Alter, ferner Nephritis, Diabetes und Magengeschwüre. Auf einige der bisher publizierten Todesfälle bei Salvarsanbehandlung geht E. genauer ein unter Darlegung der Ursachen des unglücklichen Ausgangs. Ganz speziell indiziert ist aber das Salvarsan bei allen Kranken, welche Jod und Quecksilber nicht vertragen oder ohne Erfolg angewandt haben, und von den verschiedenen Krankheitsformen sind die Mund- und Rachenaffektionen jeder Art, Schleimhauterkrankungen der Nase, die weichen und feuchten zum Zerfall der Cutis Anlafs gebenden Hautsyphilide der Sekundär- und Tertiärperiode, die galoppierende Syphilis (Unna) und die kongenitale Syphilis in erster Linie der Salvarsanbehandlung zugängig.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Salvarsan gegen Augenleiden, von E. Grosz-Budapest. (*Szemészet,* Beiblatt des *Orvosi Hetilap.* 1910. Nr. 3—4.) Salvarsan wurde bisher gegen Augeleiden nur deshalb in 30 Fällen angewendet, weil man befürchtete, dafs das Augenleiden als locus minoris resistentiae figuriert und mehreren von den behandelten Patienten demselben Schicksal verfallen könnten, wie die mit Atoxyl Behandelten, von denen etwa hundert an Sehnervenschwund erblindet sind. Verfasser war schon von Anfang an der Ansicht, dafs man in dieser Hinsicht vom Salvarsan nichts zu befürchten hat. Das Mittel selbst ist ein anderes und Atoxyl hat die gesunden Nervi optici angegriffen. Salvarsan greift den Sehnerv nicht an. Im Zusammenhange mit rezidivierender oder nicht geheilter Syphilis entstandene Papilloretinitis, Augenmuskellähmungen können ebensowenig dem Salvarsan zugeschrieben werden, wie Iritis. Es gibt daher keinen einzigen sicheren Anhaltspunkt dafür, dafs Salvarsan für das gesunde Auge schädlich

wäre. HERXHEIMER-Reaktion sah Verfasser in drei Fällen. In zwei Fällen von Keratitis parenchymatosa und in einem Falle von Iritis traten nach der Injektion auf der Cornea kleine Infiltrate auf. In allen drei Fällen wurden überaus kleine Dosen angewendet. Diese Erscheinungen hatten keine schlimmen Folgen. Seine Fälle: Ulcus durum conjunctivae, Gumma palpebrae superioris, 11 Fälle von Keratitis parenchymatosa, Scleritis, 11 Fälle von Iritis. Zwei Fälle von chronischer Iridochorioiditis zeigten keine Besserung. Mit überraschend besseren Erfolgen wurde es in einigen Fällen von Chorioretinitis angewendet. Von den drei Muskellähmungen besserte sich eine oculomotorische Lähmung bedeutend, eine abduzente Lähmung wurde geheilt, eine blieb unverändert, bei letzterer waren auch tabetische Erscheinungen vorhanden. Wenn das Mittel aus anderen Gründen indiziert ist, bildet es in Fällen von beginnender Atrophie des Nervus opticus simplex auch kein Hindernis. Dafür, dafs die Atrophie sich bessert, ist keine Aussicht vorhanden. Die Pathologie der Sehnervenatrophie macht schon im vornhinein sehr unwahrscheinlich, sozusagen unmöglich, dafs das Leiden geheilt werde. Nach Verfasser ist das Salvarsan gegen luetische Augenleiden ein überaus wirksames Mittel, das an Schnelligkeit der Wirkung das Quecksilber und das Jod übertrifft. Nach der primären Sklerose der Conjunctiva ist die Iritis luetica das dankbarste Feld. Sehr gut ist der Erfolg auch in Fällen von Chorioretinitis und Augenmuskellähmungen. Am geringsten war der Erfolg bei Keratitis parenchymatosa, aber auch bei diesem Leiden erzielte Verfasser bessere Erfolge, als von Quecksilber oder Jod. Aufser Salvarsan nehme man auch Quecksilber und Jod in Anspruch. Dies erschwert wohl das Erproben des Mittels, aber das Interesse des Patienten steckt den Proben Grenzen. *Porosz-Budapest.*

Erfahrungen mit Salvarsan, von W. S. GOTTHEIL-New York. (*Med. Record.* 31. Dezember 1910.) 31 Injektionen in 29 Fällen; besonders gute Erfahrungen mit Injektionen in den Quadratus lumborum, obwohl auch hier von Schmerzlosigkeit nicht die Rede war. Seine Resultate sind durchaus nicht die glänzenden anderer Beobachter. Seiner Meinung nach ist die Beurteilung der Syphilis beim Spezialisten überhaupt eine andere als in der allgemeinen Praxis; der Spezialist sieht in der bei weitem gröfseren Mehrzahl der Fälle in der Syphilis eine heilbare und leicht zu kontrollierende Erkrankung; dabei haben sich die bisher gebräuchlichen Mittel als wirksame selten versagende Waffen erwiesen. Der Spezialist ist nicht überrascht, in wenigen Stunden oder Tagen Wirkungen zu konstatieren. Das prompte Verschwinden mancher Gummiknoten und Heilen alter Geschwüre erscheint nur dem wunderbar, der sie nicht oft sieht. Vor allem ist nicht zu vergessen, dafs mit dem Verschwinden solcher Symptome die Krankheit nicht als geheilt zu betrachten ist, wenn auch im Anschlufs an die Behandlung der WASSERMANN negativ wird. In einzelnen Fällen mag der Erfolg mit Salvarsan ein schnellerer gewesen sein als sonst üblich, aber dafür gibt es auf der anderen Seite vollkommene Versager. Würde er die Serie von Fällen, die er mit Salvarsan behandelt hatte, mit Hg behandelt haben, so würde er die Resultate nur als mäfsig genügend bezeichnen müssen. Dabei ist nicht zu vergessen, dafs Schädigungen durchaus nicht ausgeschlossen erscheinen; in zehn Fällen waren Erscheinungen von seiten der Nieren zu konstatieren, die, wenn sie auch in den meisten Fällen vorübergehend waren, in einzelnen doch bis zum Nachweis von Zylindern führten. Salvarsan sollte nach G. nur in ausgesprochen schweren oder malignen Fällen bzw. in Fällen, bei denen Quecksilber versagt, gebraucht werden.

W. Lehmann-Stettin.

Salvarsan bei 80 Syphilisfällen, von C. RAVASINI-Triest. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 52.) Der Bericht umfafst den Zeitraum vom 21. August bis Ende Oktober dieses Jahres, so dafs über die definitiven Endergebnisse und namentlich

den Prozentsatz der Dauerheilungen ein vollwertiges Urteil allerdings nicht möglich ist. Die Technik war die WECHSELMANNsche, doch bemerkt Verfasser, dafs er seitdem sich der KROMAYERschen Methode zugewandt habe. Die Dosis betrug von 0,15 (bei einem Kinde von drei Jahren) bis zu 0,8; diese gröfste Dosis wurde nur einmal gegeben. Die meisten Patienten erhielten 0,5 und 0,6. Einzelne Rezidive waren zu verzeichnen und auch einmal ein Versagen der Behandlung, indem bei einem Patienten mit Laryngitis luetica im Laufe von zwei Monaten nach 0,5 keine Besserung zu konstatieren war. Besonders eklatant findet Verfasser aber die Erfolge bei tertiärer Lues; sämtliche (9) Fälle heilten in 3—5 Tagen. Infiltrate bildeten sich allerdings in der Mehrzahl der Fälle, und bei drei Patienten kam es zur Abscedierung.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Ein Fall von Knochenregeneration nach einer einmaligen Injektion von Salvarsan, von THERSTAPPEN - Köln a. Rh. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 51.) An zwei Röntgenbildern, welche vor bzw. nach der intraglutäalen Injektion von 0,5 Salvarsan aufgenommen wurden, zeigt Verfasser eine deutliche Regeneration von Knochensubstanz der Zehen bei einem kräftigen, sonst gesunden Manne nach einer durch einen offenbar luetischen Abscefs bedingten Zerstörung derselben. Gleichzeitig zeigte aber der Patient an dem anderen Fufse nach der Einspritzung ein Fortschreiten des kariösen Prozesses an zwei Knochen. Vor der Injektion ergab die WASSERMANN-probe ein positives Resultat, nach der Behandlung bei zweimaliger Prüfung ein negatives.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Salvarsan bei Syphilis, von B. SPIETHOFF - Jena. (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 4.) Unter Zurechnung seiner bereits publizierton ersten Serie verfügt S. jetzt über ein Beobachtungmaterial von 200 Kranken, von denen mehrere schon länger als vier Monate unter ärztlicher Aufsicht stehen. Den von ihm schon früher mitgeteilten Todesfall erklärt er als eine akute Arsenikintoxikation, die sich einige Stunden nach der Einverleibung geltend machte und in der Nacht nicht wahrgenommen wurde. Er läfst seitdem stets nur in den Vormittagsstunden die Injektionen vornehmen. Von allen Methoden gibt er der IVERSENschen entschieden den Vorzug; die zweite (subcutane) Injektion darf nicht früher als vier Tage nach der ersten erfolgen, und nach Ablauf von vier Wochen ist eine dritte (intravenöse) Einspritzung notwendig. Absolute Kontraindikationen gegen Salvarsan sind: ausgesprochene Arteriosklerose der peripheren Gefäfse, Aorteninsuffizenz, Stenose und Aneurysmen, Erkrankungen der Herzmuskulatur und Erkrankungen des Zentralnervensystems in der Nähe von lebenswichtigen Zentren. Eine relative Kontraindikation, d. h. für die endovenöse Injektion, bilden: alle organischen Herzerkrankungen, Herzneurosen, Alkoholismus und die Gravidität von der zweiten Hälfte an.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Erfahrungen bei Behandlung mit Salvarsan, von C. KOPP-München. (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 5.) Verfasser bekennt, dafs er sich gegenüber den ersten Berichten über die Salvarsanwirkung ziemlich skeptisch verhalten habe; erst nach mehrfacher Bestätigung der günstigen Erfolge hat er sich entschlossen, in eine Prüfung des Mittels einzutreten, und er konstatiert, dafs seine eigenen Erfahrungen (bei 95 Fällen) auch eine unbestrittene, sehr energische antiluetische Wirkung erkennen lassen. Die beste Applikationsweise ist für ihn die endovenöse. Mit dem subcutanen Verfahren behandelte Patienten lieferten in 20 % der Fälle Nekrotisierungen, und die Schmerzhaftigkeit dieser Injektionen ist seiner Meinung nach im allgemeinen in den Publikationen viel zu gering angeschlagen. Entschieden zu warnen sei gegen die ambulante Verabreichung der Injektionen. Über die Endgültigkeit der Genesung und

die etwaige Notwendigkeit der repetierenden Verreichung mufs die Zukunft Aufklärung bringen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Behandlung der Syphilis mit Salvarsan, von Török-Budapest. (*Bör-es Bujakórtan*, Beiblatt der *Budapesti Orvosi Ujság*. 1910. Nr. 4.) Verfasser sagt, dafs man das Ausbleiben der Rezidive nicht brevi manu dem neuen Heilmittel zuschreiben darf. Es ist die lange Beobachtung vieler Fälle notwendig. Das Negativwerden der Wassermann-Reaktion für sich könne nicht das Kriterium der Heilung geben. Das kann höchstens soviel heifsen, dafs ein Symptom der Syphilis verschwunden ist, aber wieder aufs neue auftreten kann. Nach dem Grade und der Konsistenz der initialen Sklerose erfordert die vollkommene Heilung eine verschiedene Zeit. Die kürzeste Zeit war 10 Tage. In den übrigen Fällen verschwand die Infiltration nach 12, 18, 22, 24, 25, 30, 33 Tagen. Ausnahmsweise war sie noch nach 7 Wochen vorhanden. Ein vollkommenes Verschwinden der Drüsen sah Verfasser in keinem einzigen Falle. Roseolen und Angina verschwanden in seinen Fällen nach 6—12 Tagen. Der papulöse Ausschlag verschwand je nach der Ausdehnung und Intensität der Infiltration in 6 — 33 Tagen, die Plaques der Mundschleimhaut gewöhnlich nach 6 — 10 Tagen, manchmal in 2—3 Wochen. Auffallend rasch heilten die ulcerösen Prozesse der Mund- und Rachenhöhle, einerlei, ob es sich um frische oder alte Lues handelt. Gummöse Infiltrationen werden in 3 Wochen bis 1½ Monate resorbiert. Gummöse Ulcera heilen in 6 Tagen bis 1 Monat, ausnahmsweise in 6½ Monaten, Periostitis heilte in 1 bis 1½ Monaten. Auf dieser Basis ist es zweifellos, dafs Salvarsan ein kräftiges Antisyphiliticum ist. Es gibt Fälle, in denen die wohltätige Wirkung des Salvarsan ausgeblieben ist oder sich als ungenügend erwiesen hat. Nach rasch aufgetretener Besserung trat auf der Glans die ursprüngliche Papula circinaria hervor. Der papulöse Ausschlag bildete sich zurück, aber neben der erodierten Papel des Mundwinkels entstand eine neuere Erosion. Nach einer neueren Injektion heilte sie auch nicht, erst nach Quecksilberbehandlung. Die ulceröse initiale Sklerose heilte in einem Falle nach Behandlung mit Salvarsan nicht, wohl aber nach Quecksilberbehandlung ab. Es waren Fälle, in denen gummöse Ulcera nach zweimaliger Injektion mit Salvarsan nicht heilten, sich vielmehr verbreiteten. Erst nach energischer Inunktion trat Epithelbildung ein. Nach der Injektion entstanden ein anderesmal neue Plaques; es kam vor, dafs der papulöse Ausschlag sich nur teilweise zurückbildete, auch neben den alten entstanden neue Eruptionen. Die periostitischen Herde der Tibia veränderten sich nicht und die Schmerzen nahmen nur wenig ab, die Plaques der Mundhöhle heilten erst nach Quecksilberbehandlung. In einem anderen Falle zeigten sich die Plaques der Tonsillen Salvarsan gegenüber refraktär. Die mit dickem Belag bedeckten Plaques heilten auch nicht nach zweimaliger Injektion (0,6 und 0,55). Ein Fall mit mit malignem, ulcerösem sich rasch verbreitenden und auch die Uvula vernichtenden Prozesse besserte sich nicht nach Injektionen von 0,7 + 0,35, also insgesamt 1,05. Der Zerfall hielt sogar weiter an. Doch nach Injektionen mit Hg salicylicum besserte sich der Prozefs plötzlich und heilte in kurzer Zeit. In 14 Fällen war die Wirkung des Salvarsan ungenügend oder gleich Null. Drei Fälle erweckten im Verfasser den Eindruck, dafs es Fälle gibt, in denen Salvarsan überhaupt keine Wirkung hat. Es gibt Fälle, die sich auch dem Quecksilber gegenüber so verhalten. Als besonderer Vorteil des neuen Heilmittels kann es angesehen werden, dafs es sich gerade in diesen Fällen von wohltätiger Wirkung zeigt. Salvarsan wurde zweimal Ammen gegeben, deren Säuglinge mit manifesten Symptomen der Syphilis behaftet waren. Bei einem Säugling verschwanden diese Symptome nach kurzer Zeit, aber es trat bald Rückfall ein; bei dem zweiten Säugling verbreiteten und steigerten sich die Veränderungen auch nach der Injektion. Infolgedessen wurde das Mittel den Säuglingen subcutan

eingespritzt und die pathologischen Veränderungen heilten. In 14 von 103 Fällen war primäre Syphilis und auch in diesen folgte zehnmal der Salvarsantherapie Syphilis secundaria, in zwei Fällen schon drei Wochen später. In den anderen Fällen stellte sich das Exanthem 1—2 Monate nach der Injektion ein. Von 57 sekundären Fällen rezidivierten bis zum heutigen Tage 17 Fälle, und zwar 3 Wochen bis 3 Monate nach der Injektion. Verfasser hatte auch einen Fall, der zweimal rezidivierte. Er hält es für zweifellos, dafs sich die Rückfälle noch vermehren werden, weil ein grofser Teil der Fälle in den letzten drei Monaten die Injektion bekommen hat. 5 von 31 tertiären Fällen rezidivierten gleichfalls. Es ist nicht ausgeschlossen, dafs bei anderen Verfahren ein besseres Resultat erzielt werden kann. Am auffallendsten ist die Wirkung auf die Ulcerösenprozesse der Tertiärperiode auf Kopfschmerzen und periostitische Schmerzen, auf viele Schleimhautveränderungen; viel schwächer ist die Wirkung auf die papulösen Hautveränderungen und einige Rachenplaques der Sekundärperiode. Die toxischen Wirkungen des Salvarsans, Temperaturerhöhung stellen sich am dritten Tage ein. Nur ausnahmsweise beobachtete Verfasser Erbrechen, Diarrhoe, Rachentrockenheit. Bei Injektionen in die Sammelader sind die Intoxikationssymptome viel hochgradiger. Die subcutanen Injektionen rufen oft Abscesse und Gangrän hervor. In 9 von 103 Fällen waren Abscesse, in 2 Fällen war Gangrän (eigene Fälle). Überdies gelangten (fremde Fälle) noch drei Abscesse und eine Gangrän zur Beobachtung. Die Abscesse heilten langsam. Ein Fall ist schon seit drei Monaten in Behandlung und noch ist das Ende des Prozesses nicht abzusehen. Die Resorption des Infiltrats hält zumeist monatelang an. Nach einer intravenösen Injektion sah Török eine 12 cm lange Phlebitis. Bei der von ihm selbst angewendeten Methode und Dosen heilte Salvarsan die Syphilis nicht endgültig, d. h. es entsprach nicht der Forderung der Therapia sterilisans magna, aber in der überwiegenden Mehrheit der Fälle bewährte es sich als sehr wirksames antisyphilitisches Mittel. Von besonderer Heilwirkung war es in manchen Fällen, die gegen Quecksilber Widerstand geleistet haben oder bei denen Idiosynkrasie gegen Quecksilber vorhanden war. Salvarsan ist auch in solchen Fällen zu benutzen, in denen der Patient wegen der äufseren Umstände einer intensiven Quecksilberbehandlung nicht unterzogen werden kann. Die Benutzung des Salvarsans hängt noch von der Vervollkommnung der Anwendungsmethode ab, die auch der praktische Arzt vornehmen kann. Nach alledem können unsere Kenntnisse über Salvarsan nicht als beendet betrachtet werden. *Porosz-Budapest.*

Die Aussichten des Salvarsans in der allgemeinen Praxis, von Sidney L. Olsho-Philadelphia. (*Therap. Gazette.* Dezember 1910.) Referat über Bekanntes.
W. Lehmann-Stettin.

Beitrag zur Salvarsanbehandlung, von Gennerich-Kiel. (*Med. Klinik* 1911. Nr. 5.) Verfasser empfiehlt eine 30%ige Salvarsanemulsion zwecks intramuskulärer Injektion.

Das Rezept lautet:

Rp.:	*Salvarsan*	0,6
	Ol. dericini (5% *Camphorat*)	1,4
	Lanolin anhydric. (5% *Camphorat*)	0,4

Arthur Schucht-Danzig.

Die Bedeutung des Salvarsans für die Kinderheilkunde, von Schreiber. (*Centralbl. f. Kinderheilk.* 1911. Nr. 1.) Verfasser fängt bei schwächlichen Säuglingen etwa mit 8 mg, bei kräftigeren mit 1 cg an, und wiederholt die Einspritzung nach 14 Tagen mit steigender Dosis, natürlich intramuskulär. Die Behandlung älterer Kinder geschah fast stets intravenös, bei normalen kräftigen Kindern von etwa acht Jahren 0,1.
Haas-Hamburg.

Erfahrungen über die Behandlung der Syphilis mit Salvarsan, von S. Ehrmann. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1911. Nr. 3.) E. hat bis jetzt 80 Fälle behandelt. „Auf den Ausbruch des sekundären Exanthems wirkte die Salvarsaninjektion in einer Reihe von Fällen retardierend, d. h. hinausschiebend, von anderen aber können wir mit Sicherheit sagen, dafs Syphilide, die noch nicht deutlich in Erscheinung getreten waren, durch die Injektion in wenigen Stunden zu Gesicht gebracht wurden." „In einigen Krankheitsfällen war das Exanthem in der Proruptionszeit nicht erschienen, wir konnten aber etwas sehr Merkwürdiges sehen: die nachkommenden Syphilide nahmen einen Charakter an, der nicht der Proruptionszeit, sondern einem nur stellenweise entwickelten Spätrezidiv entsprach, welche erfahrungsgemäfs erst nach dem sechsten Monate auftritt; es waren dies regionär gruppierte annuläre makulöse Syphilide. Es war mithin eine wesentliche Beeinflussung des Syphilisprozesses im Sinne einer Umstimmng des Organismus gegenüber dem syphilitischen Virus wahrnehmbar." „Wenn ich den Eindruck wiedergeben soll, welchen die bisherigen Erfahrungen in mir hervorgerufen haben — von einem definitiven Urteil kann ja noch nicht die Rede sein —, so mufs ich sagen, dafs wir bei der malignen Lues, bei welcher absolute Intoleranz gegen Quecksilber besteht, im Salvarsan ein Mittel besitzen, welches die Erscheinungen schnell zurückbildet und dabei den Allgemeinzustand nicht nur nicht schädigt, sondern hebt. Wir haben in ihm ein Mittel, welches in den meisten Fällen die Syphilome der sekundären und tertiären Stadien rasch zur Resorption bringt; wir wollen einstweilen unentschieden lassen, ob in Fällen unvollständiger Wirkung oder in Rezidivfällen eine zweite Injektion oder nachträgliche Quecksilberbehandlung angezeigt ist. Wir wollen auch noch kein Urteil über die Abortivbehandlung mit Salvarsan im primären Stadium und über die definitive Heilung, nach Schwund der Erscheinungen fällen. Wir können aber sagen, dafs wir an dem Salvarsan ein Mittel haben, mit welchem man in verzweifelten Fällen, in denen das Quecksilber uns im Stiche läfst, ganz überraschende Erfolge erzielt und dafs wir ferner in ihm ein Mittel besitzen, welches wir nicht wiederum missen möchten, ganz unabhängig von der Erwägung, ob es allein oder in Kombination mit Quecksilber wird verwendet werden müssen. Dies wird eine der Aufgaben sein, so wie eine Verbesserung der Applikationsform in der Richtung, dafs das Mittel rascher, vollständiger und ohne chemische Umsetzung resorbiert wird." *W. Lehmann-Stettin.*

Die Salvarsanbehandlung bei hereditär-syphilitischen Säuglingen, von F. Torday-Budapest. (*Budapesti Orvosi Ujság.* 1911. Nr. 1.) Bei Säuglingen spritzte Verfasser 0,03—0,05 g Salvarsan ein, und zwar mit Hilfe einer 10 ccm-Rekordspritze. Die Injektion selbst schien keine gröfseren Schmerzen verursacht su haben, aber die Schmerzhaftigkeit der lokalen Reaktion beeinflufste zwei bis drei Tage ihr Allgemeinbefinden, besonders bei den zwei Säuglingen, bei denen sich nach der Injektion zwei Tage lang 39—40° C hohes Fieber eingestellt hat. Bei dreien löste die Injektion kaum 38,2—38,5° C hohes Fieber aus. Verfasser verwendete die Wechselmannsche neutralisierte Suspension. Zehn Tage später fingen die Symptome an zurückzugehen. Das Erblassen der papulo-makulösen Syphilide dauerte etwa drei Wochen. Bei vier gröfseren, zwei- bis dreijährigen Kindern, bei denen als Symptom der Rückfälle nach der Quecksilberbehandlung ausgedehnte Condylomata und in den Weichteilen ulcerierte Papeln in Behandlung genommen worden sind, war die Rückbildung noch langsamer. Bei allen vier Fällen war der Spirochätenbefund bis zum Beginn der Rückbildung der luetischen Symptome konstant. Die Condylomata bzw. die Papeln vertrockneten, verkleinerten sich und verschwanden, aber die ihre Stelle bezeichnende Pigmentation blieb noch vier Wochen. Von den zwei Säuglingen, bei denen die Symptome nach

Quecksilberbehandlung schon ganz verschwunden waren, aber die WASSERMANNsche Reaktion noch immer positiv war und auf dieser Basis noch Spirochäten im Organismus angenommen wurden, wurde Salvarsan verwendet. Der bestehende Dekompositionsprozeſs machte weitere Fortschritte und löschte am siebenten Tage nach der Einimpfung das Leben des Säuglings aus. Bei einem Säuglinge bekam Verfasser positive WASSERMANNsche Reaktion, obgleich die Symptome nach der vorangegangenen Quecksilberbehandlung verschwunden waren und man an der Leiche weder makronoch mikroskopisch luetische Symptome finden konnte. Bei einem anderen wurde ohne luetische Symptome auf Grund positiver WASSERMANNscher Reaktion Salvarsanbehandlung vorgenommen; 2¹/₂ Monate später starb er. An dem Säugling waren monatelang keine luetischen Symptome zu bemerken gewesen. Er bekam Quecksilberkur und Salvarsanbehandlung. In der Leiche wurden schwere viscerale Symptome gefunden. In einem Falle wurden im Wege der Behandlung der Mutter beide (Mutter und Kind) geheilt. Das Leben der Neugeborenen bzw. den Säuglingsorganismus können die rasch wirkenden Endotoxine gefährden. Die Salvarsanbehandlung der Syphilis im Säuglingsalter soll vorläufig nur in Kinderspitälern zur Sammlung von Versuchsresultaten vorgenommen werden. In der Privatpraxis hält Verfasser sie noch für undurchführbar. *Porosz-Budapest.*

Über 60 mit Salvarsan ambulatorisch behandelte Fälle, von E. FREUND-Triest. (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 6.) Verfasser konstatiert mit Genugtuung, daſs ernstere Zwischenfälle bei dieser Serie von 60 ambulatorisch mit Salvarsan behandelten Kranken nicht vorgekommen sind. Die Behandlungsmethode war bei 50 Fällen die subcutane, WECHSELMANNsche; bei 10 Fällen wurde intramuskulär nach VOLK-KROMAYER injiziert, doch konnte bei letzterem Verfahren kein einziges Mal Schmerzfreiheit konstatiert werden, während dies doch bei wenigstens 14 von den 50 subcutan behandelten Kranken vorkam. Die Resultate stimmen mit den sonstigen Berichten ziemlich genau überein. Abscesse waren zwei zu verzeichnen. Wegen der so häufig einsetzenden Obstipation nach Salvarsan hat F. es sich zur Regel gemacht, den Patienten einen Tag vor der Injektion ein Abführmittel zu verordnen und nachher zwei bis drei Tage lang Diät halten zu lassen. Bei zwei ophthalmologischen Fällen war eine gewisse Besserung, jedenfalls keine schädliche Wirkung zu erkennen. Ein Negativwerden der WASSERMANNschen Reaktion wurde bei 14 Fällen nachgewiesen.
Philippi-Bad Salzschlirf.

Bemerkungen zur Salvarsandebatte, von G. RIEHL. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1911. Nr. 1.) R. wendet sich, wie er das schon in der Gesellschaft der Ärzte Wiens gelegentlich der Debatte über Salvarsan getan hatte, gegen die Anschauungen FINGERS und besonders dessen Satz, „daſs das Salvarsan sich vorläufig zur Anwendung in der Praxis nicht eigne". *W. Lehmann-Stettin.*

Bemerkungen zur Salvarsandebatte, von E. FINGER. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1911. Nr. 2.) Für FINGER ist das Faktum der unangenehmen Nebenerscheinungen, ganz gleichgültig, in welcher Weise diese gedeutet werden können, vollauf genügend, um bei seinem Diktum bestehen zu bleiben. F. geht auf diese Deutung etwas näher ein und stützt sich bezüglich seiner Behauptung, daſs das Salvarsan als scharfes Ätzmittel immer Nekrosen setze, auf die Befunde von MARTIUS; dieser fand bei zwölf Patienten, die zwei bis drei Wochen nach der Injektion verstorben und untersucht worden waren, in jedem Falle ausgedehnte Nekrosen im Bereiche der Injektionsstellen, gleichgültig in welcher Lösung, Form oder Dosis Salvarsan subcutan oder intramuskulär injiziert worden war. Dabei waren alle mit dem Mittel in direkte Berührung kommenden Gewebe, Bindegewebe, Fettgewebe, Muskel, Gefäſse und Nerven vollständig nekrotisch. *W. Lehmann-Stettin.*

Experimentelle Erfahrungen über die letale Dosis der sauren Lösung von Salvarsan, von H. E. Hering-Prag. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 50.) Zur Bestimmung der letalen Dosis hat Verfasser an fünf Hunden und fünf Kaninchen aus einer Bürette eine 0,5%ige Lösung von Salvarsan in physiologischer, 0,9%iger Kochsalzlösung in die Vena jugularis einfließen lassen, wobei der Grad der Blutdrucksenkung (an einem mit der Carotis in Verbindung stehenden Manometer abgelesen) die Indikation zum Abbrechen der Injektion ergab. Die Tiere waren dabei mit Morphium narkotisiert, und es wurde mittels einer Trachealkanüle die Atmung kontrolliert. Der Tod erfolgte ½ bis 2 Minuten nach Beendigung der Infusion. Es ergaben sich dabei als letale Dosis für Kaninchen 0,004—0,005 pro Kilo und für Hunde 0,01—0,02. Als letale Gaben für den Menschen würden demnach pro 70 Kilo 0,28—0,35 nach dem Ergebnis bei Kaninchen und von 0,7—1,4 nach dem Ergebnis beim Hunde sich herausrechnen. Allerdings weiß man noch nicht, welches Tier dem Menschen in dieser Beziehung am ähnlichsten sich verhält. Jedenfalls hält es H. für dringend geboten, nachdrücklichst vor der intravenösen Injektion der sauren Lösung von Salvarsan beim Menschen zu warnen. Außerdem erhebt er einige Einwendungen gegen verschiedene Ungenauigkeiten in den neuerlichen Publikationen, namentlich was die Angaben über die Dosierung und die Beobachtungen an Tieren betrifft.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Zusammenfassende Bemerkungen über gewisse nach Salvarsaninjektionen beobachtete Nebenerscheinungen, von K. Bohač und P. Sobotka-Prag. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 51.) Verfasser kommen auf die von ihnen vor einigen Monaten publizierten Fälle zurück, bei denen nach der Salvarsaninjektion als abnorme Erscheinungen in mehr oder weniger intensiver Form eine Trias von Symptomen Harnverhaltung, Mastdarmtenesmus und die Herabsetzung resp. Beseitigung von gewissen Reflexen (Patellar, Kremaster) beobachtet wurden. Wenn auch die Störungen in diesen und auch in einigen von anderen Autoren beobachteten Fällen allmählich wieder vergingen, drängen doch diese Tatsachen zur Erforschung der ursächlichen Schädlichkeiten. Verfasser lehnen die von verschiedenen Seiten aufgestellten Erklärungen ab und schließen sich der Ansicht von Eitner an, daß eine nachteilige Beeinflussung des Präparates durch längere Berührung mit der atmosphärischen Luft die Causa peccans war. Diese Auffassung hat auch Ehrlichs Zustimmung gefunden. Etwaige Undichtigkeit einzelner Ampullen erkennt man übrigens schon daran, daß das Salvarsan nicht kleinpulverig, sondern klumpig geballt erscheint.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Über die lokalen Wirkungen des Salvarsans am Orte der Injektion, von K. Martius. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 51 u. 52.) Im Senckenbergischen pathologisch-anatomischen Institute in Frankfurt sind in relativ kurzer Zeit sieben Obduktionen vorgenommen, bei denen die lokalen Wirkungen des Salvarsans im subcutanen Zellgewebe und in der Muskulatur am Objekte selbst histologisch untersucht werden konnten. Außerdem stand dem Verfasser analoges Material, das durch Exzision des Injektionsgebietes gewonnen war, zur Verfügung. Aus den ausführlich mitgeteilten Befunden zieht er schwerwiegende Folgerungen. Er sagt: In jedem Falle von subcutaner oder intramuskulärer Injektion von Salvarsan, gleichgültig in welcher Lösung, Form oder Dosis, fanden sich ausgedehnte Nekrosen im Bereich der Injektionsstelle. Die Nekrose erstreckt sich auf alle mit dem Mittel in direkte Berührung kommenden Gewebe, auch auf Gefäße und Nerven. An den Gefäßen im Bereiche der Injektionsmasse entsteht regelmäßig Thrombenbildung. Die nekrotischen Gewebsteile können sequesterartig abgestoßen werden; diese Gewebssequester enthalten oft nach Monaten noch Arsen in reichlicher Menge. Ein Nachwirken der Dosis erscheint

höchst fraglich; dagegen ist, wie ein vom Verfasser dargelegter Fall beweist, ein deletäres Fortschreiten der ausgedehnten Thrombosen auf gröfsere Gefäfse bei eintretender Infektion, die (wie es scheint) auch vom Blute aus erfolgen kann, nicht immer mit Zuverlässigkeit zu verhüten. Besondere Berücksichtigung ist den Prozessen in der Tiefe der Glutäalmuskulatur zuzuwenden, einesteils weil dieselben bei ungenügender Aufmerksamkeit leicht der klinischen Beobachtung entgehen, anderenteils weil dabei Läsionen wichtiger Nerven (Ischiadicus, Plexus pudendus) durchaus nicht ausgeschlossen sind. Demnach lägen gewichtige Gründe vor, die endovenöse Applikation der subcutanen und intramuskulären vorzuziehen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Intravenöse Behandlung mit Salvarsan, von J. Sellei-Budapest. (*Budapesti Orvosi Ujság.* 1910. Nr. 50.) Verfasser bietet eine genaue Schilderung des Verfahrens und wiederholt seine schon referierten Erfahrungen. *Porosz-Budapest.*

Zur Frage der Thrombosenmöglichkeit nach intravenöser Infusion des Salvarsans, von T. Hausmann-Tula. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 50.) Zur Bestätigung seiner in der Arbeit über die intravenöse Injektion des Salvarsans ausgesprochenen Ansicht, dafs Thrombenbildung dabei nur infolge von Inokulation von Mikroorganismen in die Venenwand entstehen könne, berichtet Verfasser, dafs ihm seit der Veröffentlichung des Artikels das Unglück passierte, durch ein Versehen die Veneninjektion an einer nichtdesinfizierten Stelle auszuführen. Es entwickelte sich an der Punktionsstelle eine Thrombose, welche die Resektion eines 3½ cm langen Venenstückes nötig machte. Die bakteriologische Untersuchung ergab das Vorhandensein von Streptococcus albus. Dafs eine erhöhte Gerinnbarkeit des Blutes nicht dabei im Spiele ist, folgert H. ferner aus dem Falle, bei dem wiederholte Blutentnahmen nach starker Hämorrhagie gemacht wurden und trotz hochgradiger Gerinnungsfähigkeit keine Thrombosen entstanden. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über örtliche und allgemeine Überempfindlichkeit bei der Anwendung von Salvarsan, von Wechselmann-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 47.) Bei stets gleicher Injektionstechnik ist eine Gewebsüberempfindlichkeit einzelner Individuen zweifellos vorhanden. Mit Vorteil ist die Injektionsmasse auf verschiedene Stellen zu verteilen.

Die Überempfindlichkeit allgemeiner Natur äufsert sich in einem ganz typischen Kranheitsbild: Am siebenten bis zehnten Tage bildet sich eine handtellergrofse Rötung an der Injektionsstelle mit Schorfbildung und flachen Eiterblasen daselbst. Die Temperatur steigt bis auf 41° und so entsteht ein morbillöses, zuweilen erythemartiges oder scarlatiniformes Exanthem mit Beteiligung der Conjunctiven; meist ist Symmetrie und Bevorzugung der Streckseiten erkennbar. Dabei bestehen Diarrhoen und schlechtes Allgemeinbefinden.

Es können auch als Exantheme zu deutende Anginen mit Streptokokkenbelag oder Erosionen auf den Arcus palatoglossi auftreten.

Die Überempfindlichkeitserscheinungen treten in 1% der Fälle auf. Bei schwachem Herzen ist daher genau abzuwägen, ob Salvarsanbehandlung anzuwenden ist.

Arthur Schucht-Danzig.

Erfahrungen der Applikationsart und Dosierung bei Salvarsanbehandlung, von Gennerich-Kiel. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 46.) Die zweizeitige Injektion nach Alt wurde an grofsem Materiale ausgeübt. Der Nekrosen im Muskel wegen wurde nie intramuskulär, sondern subcutan nach der vorhergehenden intravenösen Injektion injiziert. Bei sehr früher Diagnose des Primäraffektes scheint die einmalige Dosis von 0,5 Salvarsan subcutan für Heilung genügen zu können. Bei mehr als vierzigtägiger Inkubation kommt es oft zu Jarisch-Herxheimerscher Reaktion.

Durch die Vereinigung der intravenösen mit der subcutanen Injektion in kurzer Aufeinanderfolge trat ein sehr energischer Einfluſs auf die Serumreaktion zutage. Die bei dieser Technik ausbleibende positive Schwankung der Serumreaktion nach Salvarsaninjektion veranlaſst Verfasser, der EHRLICHschen Auffassung zuzuneigen, wonach die Verstärkung der Serumreaktion nicht durch freiwerdende Endotoxine, sondern durch Reizung der Spirochäten selbst entsteht. Rückfälle wurden nur bei Fällen von maligner Syphilis beobachtet. *Arthur Schucht-Danzig.*

Einige Warnungen beim Gebrauch des Salvarsan, von JAY F. SCHAMBERG und NATE GINSBURG-Philadelphia. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 56, Nr. 5.) Empfehlung bekannter Vorsichtsmaſsregeln bei Anwendung intravenöser Salvarsaninjektionen.

Schourp-Danzig.

Zur Anwendungsweise von Salvarsan, von S. RÉMY. (*Wien. med. Wochenschrift.* 1911. Nr. 5.) Der Verfasser empfiehlt, nach erfolgter Injektion von Salvarsan unter die Haut die Verteilung nur durch leichtes Drücken oder sanftes Streicheln mit der Handfläche vorzunehmen. Kräftige Massage ruft nur heftige Schmerzhaftigkeit hervor. *Schourp-Danzig.*

Die klinische Prüfung des Salvarsans, von G. TREUPEL und A. LEVI-Frankfurt a. M. (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 5 und 6.) Das Ergebnis ihrer hier dargelegten, einjährigen eigenen Erfahrungen fassen Verfasser ungefähr folgendermaſsen zusammen: Das Salvarsan wirkt in spezifischer Weise auf alle luetischen Prozesse ein. Die besten Erfolge erzielt man mit mehrmals wiederholten intravenösen Injektionen, während die subcutane und die intramuskuläre Applikationsweise nur für solche Fälle zu empfehlen ist, bei denen das endovenöse Verfahren kontraindiziert ist, wie bei Erkrankungen des Herzens und der Gefäſse. Bei frischer Lues kann man hoffen, eine Sterilisation, wenn auch nicht durch eine einmalige Dosis, so doch voraussichtlich in fraktionierter Behandlung durch intravenöse Injektionen zu erreichen. Bei gewissen refraktären Fällen empfiehlt sich eine Kombination von Salvarsan und Quecksilberbehandlung. Bei den spätsyphilitischen Fällen, insbesondere bei den metaluetischen Erkrankungen des Zentralnervensystems, ist die Anwendung der Salvarsantherapie jedenfalls erlaubt, wenn auch wesentliche Besserungen von Dauer nicht mehr zu erwarten sein werden. Diese Leitsätze sind durch Mitteilung mehrerer interessanter Krankenberichte und ausführliche Darlegung des Behandlungsprinzips begründet. Es mag noch erwähnt werden, daſs nach den vorliegenden Beobachtungen der Diabetes nicht eine absolute Kontraindikation wenigstens für intramuskuläre Darreichung bedeutet.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Zubereitung und Anwendung von Salvarsan, von FRITZ LESSER-Charlottenburg. (*Allg. med. Centr.-Ztg.* 1910. Nr. 50.) Bekanntes. *Schourp-Danzig.*

Zur Technik der Zubereitung der Salvarsanlösung zu Zwecken der intramuskulären Injektion, von B. KOZLOWSKI-Drohobycz. (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 6.) Verfasser verwendet zu seiner Zufriedenheit seit einiger Zeit Glycerin als Vehikel. Man schüttet das Salvarsan in eine sterile Schale, setzt 2 g Alkohol absolutus zu, verreibt bis zur Herstellung einer Emulsion und fügt Glycerin quant. suff. (5—6 g) solange zu, bis eine gut flüssige Lösung entsteht. Alsdann wird sterilisiertes Wasser zugesetzt, bis die Lösung vollständig klar und durchsichtig ist. Hierzu genügen meistens 5—6 g, doch zieht Verfasser es vor, 20 und auch 30 g zuzugeben. Die Lösung wird mit acht bis neun Tropfen einer 15%igen Natronlauge alkalisiert, doch ist dies nicht unbedingt nötig. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über eine praktische und schmerzlose Injektionsmethode des Salvarsan, von LÉVY-BING und LAFAY. (*Gaz. d. hôp.* 1910. Nr. 120.) Die Verfasser verwenden eine Verreibung des Salvarsans in einem Excipiens, das sie schon fürs graue Öl an-

gewandt hatten, nur ersetzen sie jetzt das Vaselin durch Mohnöl (huile d'oeillette = das aus den weifsen Samen des Mohns gewonnene Ol = Oleum papaveris alb. Ref.). Das Excipiens setzt sich nun folgendermafsen zusammen:

Lanolin. anhydr. 1 Teil
Ol. papaveris 9 Teile.

In einem kleinen, sterilen Mörser wird die Salvarsandosis mit 2 ccm dieser Mischung übergossen und mit einem sterilen Pistill genau gemischt und verrieben. Wenn die Emulsion fertig ist, aspiriert man sie in eine sterile Spritze. Dann wird der im Mörser und am Pistill hängende Rest zwei- bis dreimal mit je einem Kubikzentimeter Ölmischung abgespült, die jedesmal zum übrigen in die Spritze aspiriert werden. Der ganze Inhalt der Spritze wird dann injiziert. *Gunsett-Strafsburg.*

Zur Technik und Kontraindikation der Salvarsanbehandlung, von Gennerich-Kiel. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 52.) Aus den Beobachtungen, welche G. im Marinelazarett zu Wik an über 100 Fällen von meist relativ frischer Syphilis ausgeführt hat, mögen folgende Momente hervorgehoben werden: Nach den bisherigen Erfahrungen darf man nicht erwarten, in der grofsen Mehrzahl der Fälle die Krankheit durch eine einzige Injektion zu beseitigen; es ist vielmehr eine mindestens einjährige Kontrolle der Patienten und eventuell Wiederholung der Kur zu verlangen. Für die endovenöse Injektion ist die Menge der verwendeten Flüssigkeit von erheblicher Bedeutung; wurde die Injektion mit 150 ccm ausgeführt, so traten vielfach Schädigungen (Thrombose der Vene usw.) ein, welche bei Anwendung von 250 ccm ausblieben. In bezug auf die Technik der intravenösen Injektion bietet es eine nicht unbedeutende Erleichterung, wenn man am Schreiberschen Instrumentarium zwischen der geraden Platiniridiumkanüle und dem Dreiweghahn sowie zwischen diesem und der Rekordspritze Schlauchstücke einschaltet. Zu subcutanen Injektionen bereitet G. die Masse durch Auflösung des Salvarsans in 7—8 ccm Wasser, Zusatz (tropfenweise) von Natronlauge bis zu einer äufserst schwach alkalischen Reaktion und Auffüllen mit physiologischer Kochsalzlösung auf 10—12 ccm. Intramuskuläre Einspritzungen hat er vermieden, vielmehr wurde immer zunächst eine endovenöse Injektion und zwei bis drei Wochen später eine subcutane gegeben. Gegenindikation bildet vor allem ein abnormer Zustand des Herzens; ohne gründliche Prüfung dieses Organes nach jeder Richtung hin soll niemals eine Injektion vorgenommen werden.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Verschiedenes.

Ein Instrument zum perkutanen Einstich (Punktion, Injektion, Infusion) in die Vene, von Kausch-Schöneberg. (*Med. Klinik.* 1911. Nr. 6.) Das Instrument soll Verletzungen der Venenwand vermeiden. Es besteht aus einer Hohlnadel, die eine sehr scharfe, lang geschliffene Spitze besitzt. In die Hohlnadel ist ein dünnwandiges Metallrohr eingepafst, das nach vollständiger Einführung die Kanülenspitze um 1—2 cm überragt, verschieblich und vorn stumpf ist. Nach Einstofsen der Hohlnadel in die Vene wird das Rohr vorgeschoben. Das Instrument, welches für intravenöse Salvarsaninjektionen in Betracht kommt, wird vom Med. Waarenhaus, Berlin, Karlstrafse, angefertigt. *Arthur Schucht-Danzig.*

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 52. № 9. 1. Mai 1911.

Intermittierende oder symptomatische Behandlung der Syphilis? Werden die Prostituierten genügend merkuriell behandelt?

Von

Dr. med. Dreuw-Berlin,
Arzt der Sittenpolizei.

Die meisten, ja, soviel ich die Literatur übersehen konnte, alle Statistiken über die Resultate der Behandlung und den Verlauf der Syphilis sind entweder an dem Klientel der Privatpraxis oder aus den Statistiken der Lebensversicherungen oder an Krankenhausmaterial gemacht. (Neisser, Jadassohn, Weber, Blaschko, Matthes, Rapf, Bruhns u. a.) Namentlich die Prostituierten bieten für die Frage nach dem Verlaufe der Syphilis eine gut verwertbare Quelle. Statistiken über merkurielle Prostituiertenbehandlung existieren eine so groſse Anzahl, daſs es beinahe Eulen nach Athen tragen hieſse, wollte man diesen noch neue hinzufügen. Wenn im folgenden trotzdem auf eine neue Statistik verwiesen wird, so deshalb, weil die Prostituiertenstatistiken meistens an Krankenhausmaterial gemacht wurden, das sich meiner Meinung nach für die Beantwortung der obigen Fragen nicht so gut eignet, wie das Prostituiertenmaterial des Polizeiarztes. Die Statistik des Krankenhauses muſs natürlich ein anderes Bild geben als die des Polizeiarztes, weil im Krankenhaus aus der groſsen Anzahl der einmal syphilitisch Infizierten nur die jeweilig mit syphilitischen Symptomen Behafteten sich befinden, während dem Polizeiarzt alle jeweils an Syphilis Erkrankten (soweit sich das nachweisen läſst) zu Gesicht kommen.

Die retrospektiven Krankenhausstatistiken sind wohl deswegen in der Mehrzahl, weil im Krankenhaus sich eine Statistik mehr in beschaulicher Ruhe anfertigen läſst als in der Untersuchungsstunde des Polizeiarztes. Die relativ groſse Anzahl der Untersuchten — in etwa drei Stunden werden in Berlin durchschnittlich 60 bis 70 untersucht —, mag es entschuldigen, wenn die folgende Statistik sich zunächst in provisorischer Weise nur auf zwei Punkte bezieht, auf den Beginn der Erkrankung und die Anzahl der gemachten Kuren. Da ich erst seit dem 1. Oktober 1910 die Untersuchungen begonnen habe, so ging ich so vor, daſs jede neu in

das Untersuchungszimmer eintretende Prostituierte genau befragt wurde, ob sie bereits Syphilis gehabt, wann und wieviel Kuren sie durchgemacht, und diese Angaben wurden, soweit es ging, mit den Notizen in dem Gestellungsbuch verglichen und auf ihre Wahrheit geprüft. Die Kontrolle darüber, daſs keine Doppelzählungen stattfanden, ergab sich, indem nur solche Puellen befragt wurden, in deren Gestellungsbuch der Name der anderen untersuchenden Ärzte, nicht aber der meinige stand, während alle diejenigen, die einmal von mir (kenntlich an der Namensunterschrift) untersucht waren, nicht mehr befragt wurden. Bei der Kontrolle der Angaben der Prostituierten stellte sich heraus, daſs diese Angaben mit dem Vermerk im Gestellungsbuch, soweit ein solcher vorhanden war, nur zweimal nicht übereinstimmten, ein Zeichen dafür, daſs die Angaben im allgemeinen der Wahrheit entsprechen. Das Sprichwort „Omnis prostituta mendax" hat in diesem Falle versagt, was erklärlich ist, da die Prostituierten in der Regel dann dem untersuchenden Arzte unwahre Angaben machen, wenn es sich um pekuniäre oder sonstige vermeintliche Schädigungen (Krankenhausaufenthalt) handelt, was bei der privat durchgeführten Statistik nicht in Frage kam.

Es ist namentlich von Neisser und Weber angeregt worden, von allen Personen, die einmal vor Jahren Syphilis akquiriert haben, aber keine Erscheinungen aufweisen, eine Sammelstatistik über den Verlauf und die Art der Behandlung zu machen. Hierzu ist es jedoch noch nicht gekommen. Als diese Anregung gegeben wurde, da war die Wassermannsche Reaktion noch nicht bekannt, die ja eigentlich auch nur als Symptom, wenn auch als ein wichtiges und objektiv nachweisbares, aber nicht spezifisches Symptom der Lues zu betrachten ist. Dieses Symptom lieſs sich bisher bei den Prostituierten des Polizeipräsidiums noch nicht in Rechnung setzen. Ich bin momentan damit beschäftigt, eine Methode zu prüfen, um eventuell in bequemer Weise das Blut der Prostituierten zum Zwecke der Wassermannschen Reaktion zu verwerten, worüber ich in einer späteren Arbeit noch zu berichten gedenke. Jedenfalls würde die Verwertung der Wassermannschen Reaktion in vielen Fällen von Nutzen sein.

Bei den von mir untersuchten Puellen waren mit geringen Ausnahmen (unter 500 wurden 25 wegen Lues dem Krankenhause überwiesen) keine nachweisbaren ansteckenden Symptome vorhanden, sonst wären sie dem Krankenhause oder der Auſsenbehandlung überwiesen worden. Um den genauen Verlauf der Krankheit zu notieren, fehlte mir die Zeit. Die vorliegende Statistik soll deswegen auch nur eine Anregung sein, weitläufigere statistische Fragen bei den vom Polizeiarzt untersuchten Prostituierten zu veranlassen im Gegensatz zu den vom Krankenhausarzt untersuchten.

Auf dem V. Deutschen Dermatologenkongreſs 1895 wurde namentlich der Wert der sogenannten intermittierenden Behandlung diskutiert und

namentlich von Fournier und Neisser dieser das Wort geredet, während auf dem Berliner Kongreſs die intermittierende Behandlung nicht so günstig beurteilt wurde. Jede Syphilisbehandlung sollte eigentlich objektiv sein, aber sie ist und muſs nach unseren heutigen Kenntnissen rein subjektiv sein, da sie sich nur richten kann nach den Erfahrungen des behandelnden Arztes. Objektive Anhaltspunkte, wann und mit welchen Dosen man behandeln soll, gibt es nicht. Für die Behandlung kommen in Betracht die Virulenz der Erreger und die Widerstandsfähigkeit des Infizierten. Da eben jeder Fall vom anderen verschieden ist, so muſs sich dementsprechend auch die Behandlung gestalten. Die Wassermannsche Reaktion gibt bezüglich der Prognose und bezüglich der Ansteckungsfähigkeit keinen Aufschluſs, da sie sich quantitativ nicht verwerten läſst. Leider können wir es einer Syphilis nicht ansehen, ob sie schwer oder leicht ist, ob sie viele oder wenig Rezidive voraussichtlich machen wird (der kleinste, kaum bemerkbare Primäraffekt macht häufig die schwersten Rezidive und tertiären Symptome), und so sind wir bei der Behandlung im groſsen und ganzen mehr oder weniger auf unsere subjektiven Erfahrungen angewiesen, die nicht nur bei der Behandlung der Syphilis, sondern überhaupt in dem Berufe des Arztes vielfach eine gröſsere Rolle spielen als theoretische Erwägungen und auf diese aufgebaute schematische Kuren. Ein Schema, z. B. das der intermittierenden Behandlung oder auch der sogenannten symptomatischen Behandlung, aufzustellen hat ja einen gewissen Reiz und dient zweifellos dem Arzte, der weniger praktische Erfahrungen besitzt, als Leitfaden. Aber schon bei der chronisch intermittierenden Behandlung erleben wir das gerade Gegenteil von dem, was man erwarten sollte, indem diese Methode, die hauptsächlich theoretischen Erwägungen entsprungen ist (Bruhns), unter den Dermatologen zwar sehr viele Anhänger gefunden hat, während die nicht spezialistischen Praktiker, einem gewissen Instinkt folgend, sich ihr weniger als die Syphilidologen vom Fach zuwenden. Und auch bei der Prostituiertenbehandlung hat sich die intermittierende Behandlung nicht durchgesetzt. In Berlin z. B. wird rein symptomatisch behandelt, d. h. nur dann, wenn Symptome sich einstellen, und daher bietet gerade das Berliner polizeiärztliche Material wegen der rein symptomatisch durchgeführten Behandlung ein gutes Beobachtungsobjekt darüber, ob die symptomatische Behandlung einen gewissen Prozentsatz der Heilung garantiert. Andererseits läſst sich aber auch der Wert der Einzelkur und mehrfacher Kuren besser in Rechnung stellen und vergleichend betrachten als bei der intermittierenden Behandlung.

Bruhns sagt in seiner sehr lesenswerten Schrift: „Über Dauerbeobachtungen bei Syphilis, Beiträge zur Statistik über Behandlung und Verlauf der Erkrankung“, *Archiv für Dermatologie und Syphilis*. Wien und Leipzig 1909, 95. Band, 2. und 3. Heft, wie folgt:

„Auf die Frage: „Wird durch die Behandlung der ersten Jahre die Syphilis beeinflufst?“ können wir auch heute keine sichere auf einwandfreien Tatsachen fufsende Antwort geben. Dafs die retrospektiven Statistiken, die seit vielen Jahren über das Vorkommen von tertiärer Lues und den Einflufs der Quecksilberbehandlung in recht grofser Anzahl aufgestellt wurden, nur einen sehr begrenzten Wert haben können, ist ja hinlänglich bekannt. Der Hauptfehler ist, dafs nur an einer Anzahl tertiär gewordener Fälle festgestellt werden kann, wie viele von diesen schlecht, wie viele gut behandelt worden sind. Diesen Fällen gegenüber fehlen bei den retrospektiven Statistiken eben immer diejenigen, die — schlecht oder gut behandelt — nicht tertiär geworden sind, denn diese kommen ja sehr viel weniger zur Kenntnis des Arztes.

Über die Behandlung finden wir in den Lebensversicherungspapieren überhaupt nichts und in den Arbeiten von Mathes, Waldvogel und Süssenglut wenigstens keine näher spezialisierten Angaben. Schuster kommt im Gegensatz zu Neisser u. a. zu dem Schlufs, dafs sich ein günstiger Einflufs der Quecksilbertherapie hinsichtlich der Verhütung nervöser Nachkrankheiten bis jetzt nicht nachweisen liefse. (Schuster, *Dtsch. med. Wochenschr.* **1907, Nr. 20 und 1908, Nr. 12.)**

Auch für die Schustersche Statistik gilt das gleiche wie für viele andere Luesstatistiken, dafs sie nämlich diejenigen Fälle nicht mit enthalten kann, welche gar nicht oder schlecht behandelt sind, aber keine syphilitischen Späterkrankungen bekommen haben.

Da nun alle die retrospektipen Statistiken nur einen sehr bedingten Wert haben können, würde ja der richtigste Weg, über den Einflufs der Behandlung Aufklärung zu finden, der bleiben, dafs eine grofse Anzahl von Syphilitikern möglichst von Anfang ihrer Erkrankung an über lange Zeit weiter beobachtet und darauf untersucht werden, ob bei den gutbehandelten die Krankheit im allgemeinen anders verläuft als bei den schlecht behandelten. Natürlich sind hierbei auch nach Möglichkeit die anderen Momente, von denen wir wissen, dafs sie Einflufs auf den Syphilisverlauf haben (Alkoholismus, ungenügende Ernährung, konstitutionelle Ursachen, wie Diabetes, Tuberkulose, geistige Überanstrengungen, hereditäre Einflüsse usw.), zu berücksichtigen. Diese Beobachtung wäre nur bei zwei Klassen denkbar: 1. Bei den Kranken der Privatpraxis und 2. bei den unter ärztlicher Kontrolle stehenden Prostituierten.“

Noch ehe mir die Arbeit von Bruhns zu Gesicht kam, hatte ich bereits eine Statistik begonnen, die vielleicht dem von ihm als richtig bezeichneten Wege in einigen Punkten nahe kommt, der darin besteht, eine möglichst grofse Anzahl von Syphilitikern möglichst von Anfang ihrer Krankheit an über möglichst lange Zeit hin zu beobachten und darauf zu achten, ob bei den „gut behandelten“ die Krankheit im allgemeinen anders verläuft als bei den „schlecht behandelten“. Die von mir privatim begonnene Statistik soll jedoch nur die Anregung dazu geben, eine Sammelstatistik seitens der Polizeiärzte in Deutschland zu machen, da aus den schon erwähnten Gründen mir die Zeit zu ausführlichen Notizen fehlte und meine Statistik als das Werk eines einzelnen natürlich nur annähernden Wert haben kann. Aber auch die kurzen Notizen ergeben schon eine ganze Reihe von neuen Gesichtspunkten.

Ich lasse nunmehr meine Statistik folgen, um an Hand derselben die im Titel dieses Aufsatzes gestellten Fragen, so weit dies möglich ist, zu beantworten.

Tabelle I.

In dieser Tabelle ist das Jahr der ersten Kur und die Anzahl der Kuren von 500 Puellen verzeichnet. Das Jahr ist entweder mit der Jahreszahl, z. B. 1908 angegeben, oder aber mit einer Zahl bezeichnet, z. B.: 8, 2, 3, 17, wodurch bezeichnet wird, vor wieviel Jahren nach Angabe der Puella die erste Kur stattgefunden hat.

Name	Erste Quecksilberkur im Jahre	Anzahl der Kuren	Name	Erste Quecksilberkur im Jahre	Anzahl der Kuren	Name	Erste Quecksilberkur im Jahre	Anzahl der Kuren
1. M.	1906	1	39. Sch.	12	2	77. R.	[2]	0
2. B.	1909	1	40. M.	1908	2	78. St.	?	0
3. W.	1909	1	41. St.	6	2	79. R.	6	2
4. F.	1906	1	42. Sch.	10	1	80. Z.	7	1[1]
5. W.	1909	3	43. Schw. ..	1895	1	81. C.	1909	1
6. B.	1906	5	44. S.	4	1	82. H.	4	1
7. S.	1909	2	45. St.	7	1	83. K.	2	2
8. K.	1909	1	46. Sch.	1909	1	84. N.	1906	1
9. K.	1909	1	47. U.	1908	1	85. K.	1889	1
10. D.	1909	1	48. Sch.	5	1	86. U.	1906	3
11. B.	1907	4	49. O.	11	1	87. K.	1908	1
12. P.	1909	1	50. R.	6	2	88. M.	1905	2
13. K.	1909	1	51. O.	3	3	89. P.	1904	2
14. W.	1907	2	52. L.	1909	2	90. F.	1909	1
15. O.	1907	1	53. N.	1909	1	91. W.	8	2
16. R.	1909	2	54. D.	12	0[1]	92. Sch. ...	6	1
17. R.	1906	1	55. S.	?	0[1]	93. Sch. ...	1910	3
18. L.	1906	2	56. W.	1908	1	94. S.	6	1
19. P.	1908	1	57. P.	1906	2	95. Sch. ...	10	2
20. Sch.	31	2	58. R.	1904	1	96. St.	10	1
21. L.	5	1	59. B.	1909	2	97. Sch. ...	8	1
22. M.	1907	1	60. M.	10	1	98. W.	?	0[1]
23. W.	10	1	61. M.	?	0[1]	99. J.	1909	1
24. S.	1907	3	62. L.	1905	3	100. K.	1909	1
25. W.	10	2	63. M.	1903	1	101. O.	10	1
26. S.	1906	3	64. G.	1907	2	102. L.	1909	1
27. K.	1908	2	65. L.	1909	3	103. Sch. ...	10	1
28. N.	1905	1	66. M.	1907	1	104. H.	3	1
29. G.	1905	1	67. Sch. ...	1896	1	105. R.	1908	4
30. T.	1908	1	68. Z.	1909	1	106. R.	1910	1
31. St.	1904	2	69. K.	1909	1	107. T.	1905	2
32. M.	1909	1	70. W.	1905	5	108. R.	1910	2
33. A.	1909	1	71. Sch.	1908	1	109. St.	1898	1
34. D.	1909	1	72. E.	1909	1	110. M.	2	1
35. H.	1910	2	73. K.	1897	2	111. G.	1910	1
36. L.	8	1	74. K.	10	2	112. F.	1910	1
37. T.	20	2	75. G.	7	1	113. R.	6	1
38. K.	4	1	76. L.	[2]	0	114. P.	1905	3

[1] Leukoderma. [2] Lues latens.

Name	Erste Quecksilberkur im Jahre	Anzahl der Kuren	Name	Erste Quecksilberkur im Jahre	Anzahl der Kuren	Name	Erste Quecksilberkur im Jahre	Anzahl der Kuren
115. V.	1909	1	158. S......	1900	1	201. W.....	1905	6
116. K.	1906	2	159. G.	1907	1	202. R.	1905	2
117. P.	1909	2	160. R.	15	1	203. M.	1906	6
118. Sch....	1908	2	161. V.	1909	1	204. M.	1906	1
119. K.	10	2	162. St.	5	6	205. K.	5	1
120. M.	1905	5	163. Sch....	96	4	206. H.	1905	1
121. S......	10	4	164. H.	1907	3	207. M.	7	1
122. M.	2	2	165. R.	20	1	208. J......	1905	5
123. M.	1907	2	166. P.	1907	3	209. M.	1907	3
124. Z......	8	4	167. H.	4	1	210. Sp.....	10	1
125. O.	3	1	168. Sch....	1905	4	211. K.	1906	3
126. S......	1909	3	169. G.	6	1	212. W.....	4	1
127. K.	10	3	170. H.	13	1	213. L.	1895	2
128. R.	4	2	171. Th. ...	1908	3	214. M.	1909	1
129. Z.	9	2	172. H.	1907	1	215. P.	1908	2
130. K.	1906	2	173. K.	1908	2	216. K.	1909	2
131. M.	1907	1	174. M.	1893	1	217. L.	?	0
132. Sch....	10	1	175. K.	1906	1	218. A.	1906	3
133. R.	7	1	176. Z.	?	0	219. K.	1909	1
134. R.	8	1	177. P.	10	7	220. A.	1909	1
135. S......	5	1	178. M.	1896	1	221. Sch....	1908	3
136. P.	1908	1	179. Sch....	1909	1	222. G.	1909	1
137. W.....	10	1	180. K.	4	2	223. L.	1910	1
138. K.	3	5	181. H.	10	2	224. H.	1904	2
139. H.	6	1	182. Z.	8	1	225. U.	1905	1
140. F.	12	5	183. Sch....	1909	3	226. M.	1890	1
141. Z.	1906	3	184. Sch....	1880[2]	2	227. Sch....	1909	2
142. P.	5	1	185. W.....	1898	1	228. H.	?	0[4]
143. S......	1	1	186. L.	3	1	229. J......	1908	2
144. Th. ...	1907	1	187. L.	1909	1	230. S......	1909	1
145. N.	?	0[1]	188. M.	5	5	231. B.	1908	2
146. N.	1907	5	189. W.....	1905	3	232. B.	1885	6
147. B.	12	1	190. H.	1910	1	233. Sch....	1909	2
148. Sch....	1901	1	191. M.	1901	1	234. B.	1898	2
149. P.	10	1	192. M.	4	2	235. K.	1908	1
150. H.	10	2	193. L.	2	2	236. K.	15	1
151. L.	10	1	194. W.....	1908	3	237. H.	8	4
152. Pf.....	9	11	195. Z.	10	1[3]	238. H.	4	4
153. K.	1908	1	196. R.	1908	2	239. W.....	10	5
154. St.....	1910	1	197. T.	1909	1	240. Sch....	1909	1
155. M.	1910	5	198. W.....	1309	3	241. K.	1909	2
156. K.	1909	4	199. K.	1906	4	242. G.	4	1
157. J......	1895	5	200. K	1909	1	243. P......	1909	3

[1] Leukoderma. [2] Tabes. [3] War 1900 blind auf beiden Augen und wurde durch eine Kur sehend und dauernd geheilt. [4] Leukoderma.

Name	Erste Quecksilberkur im Jahre	Anzahl der Kuren	Name	Erste Quecksilberkur im Jahre	Anzahl der Kuren	Name	Erste Quecksilberkur im Jahre	Anzahl der Kuren
244. S.	7	1	288. K.	2	1	332. S.	1907	1
245. Sch. . . .	1908	1	289. P.	7	2	333. M.	20	1
246. V.	1894	3	290. P.	1904	1	334. W.	7	1
247. R.	12	1	291. W.	1907	7	335. W.	10	3
248. P.	1906	4	292. G.	1909	3	336. N.	1910	1
249. W.	1898	4	293. K.	1906	4	337. N.	9	1
250. S.	9	1	294. P.	1910	1	338. M.	5	1
251. J.	2	2	295. K.	3	1	339. Sch. . . .	1903	2
252. K.	1909	3	296. B.	1909	1	340. P.	1909	2
253. O.	10	1	297. A.	12	2	341. R.	1909	3
254. St.	1910	1	298. K.	1909	2	342. R.	1905	3
255. K.	1900	11	299. K.	1905	9	343. T.	1908	2
256. W.	1908	2	300. V.	9	1	344. Sch. . . .	1904	8
257. Sch. . . .	12	2	301. K.	1905	3	345. R.	1910	1
258. M.	5	7	302. R.	1910	1	346. M.	10	1
259. R.	7	1	303. R.	10	1	347. K.	1910	2
260. St.	(?) 2[1]	1	304. Th. . . .	1904	4	348. M.	10	1
261. W.	1909	1	305. V.	1905	4	349. W.	1909	1
262. Sch. . . .	1906	6	306. W.	10	1	350. G.	16	1
263. S.	1904	1	307. T.	1902	1	351. H.	1905	6
264. P.	1909	2	308. K.	1998	1	352. M.	1905	1
265. M.	1902	2	309. P.	12	1	353. A.	3	1
266. K.	1908	1	310. S.	7	3	354. B.	20	1
267. U.	7	1	311. Sch. . . .	7	3	355. Sch. . . .	1909	1
268. Sch. . . .	2	1	312. Sp.	1906	1	356. F.	5	1
269. K.	1909	2	313. K.	16	2	357. W.	?	0[2]
270. Sch. . . .	1893	1	314. P.	1907	3	358. H.	1908	3
271. S.	10	1	315. S.	9	1	359. L.	10	1
272. W.	1906	3	316. M.	7	3	360. M.	2	1
273. K.	1907	1	317. S.	12	1	361. R.	11	2
274. S.	8	2	318. M.	20	2	362. K.	11	6
275. M.	2	2	319. M.	1892	1	363. H.	1910	1
276. S.	5	3	320. U.	1906	3	364. K.	6	2
277. K.	1909	1	321. P.	8	1	365. H.	7	5
278. L.	1877	1	322. Sch. . . .	20	1	366. W.	1902	2
279. P.	21	1	323. R.	1904	3	367. K.	6	1
280. S.	1893	3	324. W.	1899	1	368. L.	6	5
281. M.	1904	4	325. F.	1909	2	369. E.	3	1
282. M.	12	4	326. T.	1908	3	370. H.	6	2
283. Z.	1909	1	327. Ph. . . .	1883	1	371. M.	1899	9
284. W.	20	1	328. Th. . . .	3	4	372. K.	1907	1
285. R.	1908	1	329. J.	1907	4	373. Sch. . . .	1910	1
286. P.	7	2	330. Z.	13	2	374. J.	1909	1
287. B.	1910	1	331. M.	1884	3	375. G.	1906	3

[1] Leukoderma. [2] Papul. ad genital.

Name	Erste Queck-silber-kur im Jahre	Anzahl der Kuren	Name	Erste Queck-silber-kur im Jahre	Anzahl der Kuren	Name	Erste Queck-silber-kur im Jahre	Anzahl der Kuren
376. Sch....	1907	5	418. N.	10	2	460. C.	2	1
377. W.....	17	2	419. S......	1908	4	461. L.	1	3
378. Sch....	1904	3	420. P.	1903	1	462. S......	5	4
379. C......	1900	2	421. B.	1910	1	463. Sch....	6	5
380. Z.	10	5	422. M.	1907	3	464. L.	5	2
381. Pf.	7	4	423. Sch....	10	1	465. H.	2	1
382. B.	1906	8	424. R.	1909	3	466 A.	4	4
383. G.	1907	1	425. U.	1908	5	467. St.	10	4
384. J......	1908	2	426. R.	12	1	468. N.	8	1
385. K.	10	1	427. B.	10	2	469. W.....	5	5
386. L.	1906	2	428. Sch....	1909	3	470. U.	3	1
387. C......	1910	1	429. R.	7	1	471. R.	10	1
388. V. .. .	1897	6	430. Z.	1904	1	472. O.	3	6
389. G.	12	2	431. Sch....	1900	8	473. L.	4	2
390. Sch....	10	1	432. G.	1909	4	474. B.	7	4
391. M.	1908	1	433. S......	5	1	475. P.	12	1
392. B.	10	1	434. Sch....	5	5	476. K.	6	3
393. P.	1908	2	435. U.	16	1	477. O.	17	1
394. K.	10	1	436. R.	9	1	478. N.	4	3
395. Th. ...	1882	1	437. P.	9	1	479. Z.	6	6
396. Sch....	20	1	438. M.	6	3	480. R.	1	1
397. W.....	1896	5	439. F.	12	1	481. R.	8	1
398. W.....	1903	11	440. P.	3	1	482. M.	1	3
399. D.	1907	2	441. L.	2	3	483. G.	7	1
400. Sch....	1883	1	442. K.	12	4	484. S......	1	1
401. W.....	1897	1	443. K.	1907	1	485. U.	2	4
402. W.....	12	2	444. S......	5	2	486. P.	9	2
403. K.	1909	2	445. V.	3	1	487. F.	3	2
404. R.	1890	1	446. C.	10	2	488. G.	1	1
405. P.	15	1	447. W.....	1910	1	489. Sch....	4	4
406. P.	12	1	448. U.	13	3	490. B.	6	1
407. Sch....	1907	3	449. H.	3	1	491. N.	5	2
408. W.....	1891	2	450. F.	10	3	492. K.	11	2
409. R.	12	1	451. A.	10	1	493. O.	5	1
410. B.	1905	3	452. L.	8	1	494. F.	1	1
411. L.	1908	2	453. K.	7	1	495. R.	4	4
412. J......	3	1	454. S......	1	2	496. P.	6	3
413. M.	1898	6	455. R.	3	1	497. M.	3	1
414. P.	1910	2	456. P.	3	4	498. A.	1	3
415. Sch....	12	1	457. G.	2	2	499. Z.	1	1
416. R.	12	2	458. F.	3	4	500. L.	5	2
417. L.	20	2	459. A.	7	1			

Tabelle II (Puella 1—100).

In Tabelle II, III, IV, V, VI bedeutet „Jahr“ die Jahreszahl und „Vor Jahren“ die Anzahl der Jahre, vor welchen vom Jahre 1910 ab gerechnet die erste Kur stattgefunden hat. Die Überschriften „1 Kur“, „2 Kuren“ usw. bedeuten die Anzahl der Kuren. „0 Kur“ bedeutet, daſs zwar Symptome (Leukoderma, tertiäre Lues usw.) bestanden, daſs aber keine Kur stattgefunden hat. Die Nummern 1—100 (Tabelle II), 101—200 (Tabelle III), 201—300 (Tabelle IV), 301—400 (Tabelle V), 401—500 (Tabelle VI) enthalten das erste, zweite, dritte, vierte und fünfte Hundert der befragten Puellen. Die Zahlen in den einzelnen Rubriken, z. B. „Tabelle II, Vor 6 Jahren, 1 Kur, Nr. 58“, bedeuten, daſs Puella R. Nr. 58 (Tabelle I) vor 6 Jahren 1 Kur durchgemacht hat und seither keine mehr. „Tabelle V, Vor 7 Jahren, 3 Kuren, Nr. 16“ bedeutet, daſs die in Tabelle I unter Nr. 316 verzeichnete Puella vor 7 Jahren 1 Kur durchgemacht und seitdem wegen der aufgetretenen Symptome noch 2 Kuren durchmachen muſste. (Symptomatische Behandlung.) Wenn 6, 7 oder mehr Kuren stattgefunden haben, so ist dies unter der Rubrik „5 Kuren“ aufgeführt. Wenn die erste Kur vor 11, 12, 13 usw. Jahren stattfand, so ist dies unter der Rubrik „vor 10 Jahren“ verzeichnet.

Jahr	Vor Jahren	1 Kur	2 Kuren	3 Kuren	4 Kuren	5 Kuren	0 Kuren
1910	0		35.	93.			55. 61. 76. 77. 78. 98.
1909	1	2. 3. 8. 9. 10. 12. 13. 32. 33. 34. 46. 53. 68. 69. 72. 81. 90. 99. 100.	7. 16. 52. 59.	5. 65.			
1908	2	19. 30. 47. 56. 71. 87.	27. 40. 83.				
1907	3	15. 22. 66.	14. 64.	24. 51.	11.		
1906	4	1. 4. 17. 38. 44. 82. 84.	18. 57.	26. 86.		6.	
1905	5	21. 28. 29. 48.	88.	62.		70.	
1904	6	58. 92. 94.	31. 41. 50. 79. 89.				
1903	7	45. 63. 75. 80.					
1902	8	36. 97.	91.				
1901	9						
1900 usw.	10	23. 42. 43. 49. 60. 67. 85. 96.	20. 25. 37. 39. 73. 74. 95.				54.

Tabelle III (Puella 101—200).

Jahr	Vor Jahren	1 Kur	2 Kuren	3 Kuren	4 Kuren	5 Kuren	0 Kuren
1910	0	11. 12. 54. 90.	8.			55.	45. 76.
1909	1	2. 15. 43. 61. 79. 87. 97. 100.	17.	26. 83. 98.	56.		
1908	2	10. 53.	18. 22. 73. 93. 96.	71. 94.	5.		
1907	3	4. 25. 31. 44. 59. 72. 86.	23.	64. 66.		38. 46.	
1906	4	67. 75.	16. 28. 30. 80. 92.	41.	99.		
1905	5	35. 42.		89.	68.	14. 20. 62. 88.	
1904	6	13. 39. 69.					
1903	7	33. 36.					
1902	8	34. 82.			24.		
1901	9	48. 91.	29.			52.	
1900 usw.	10	1. 3. 6. 9. 32. 37. 47. 49. 51. 58. 60. 65. 70. 74. 78. 85. 95.	19. 49. 50. 81. 84.	27.	21. 40. 63.	57. 77.	

Tabelle IV (Puella 201—300).

Jahr	Vor Jahren	1 Kur	2 Kuren	3 Kuren	4 Kuren	5 Kuren	0 Kuren
1910	0	23. 54. 87. 94.					17. 28.
1909	1	14. 19. 20. 22- 30. 40. 61. 77. 83. 96.	16. 27. 33. 41. 64. 69. 98.	43. 52. 92.			
1908	2	35. 45. 60. 66. 68. 85. 88.	15. 29. 31. 51. 56. 75.	21.			
1907	3	73.		9.		91.	
1906	4	4. 12. 42.		11. 18. 72.	38. 48. 93.	3. 62.	
1905	5	5. 6. 25.	2.	76.		1.8.58.99.	
1904	6	63. 90.	24.		81.		
1903	7	7. 44. 59. 67.	86. 89.				
1902	8		65. 74.		37.		
1901	9	50. 300.					
1900 usw.	10	10. 26. 36. 47. 53. 70. 71. 78. 79. 84. 95.	13. 34. 57. 97.	46. 80.	49. 82.	32. 39. 55.	

Tabelle V (Puella 301—400).

Jahr	Vor Jahren	1 Kur	2 Kuren	3 Kuren	4 Kuren	5 Kuren	0 Kuren
1910	0	2. 36. 45. 63. 73. 87.	47.				57.
1909	1	49. 55. 74.	25. 40.	41.			
1908	2	8. 60. 91.	43. 84. 93.	26. 58.			
1907	3	32. 53. 69. 72. 83.	99.	14.	28. 29.	76.	
1906	4	12.	86.	26. 75.		82.	
1905	5	38. 52. 56.		1. 42.	5.	51.	
1904	6	67.	64. 70.	20. 78.	4.	44. 68.	
1903	7	34.	39.	10. 11. 16.	81.	65. 98.	
1902	8	7. 21.	66.				
1901	9	15. 37.					
1900 usw.	10	3. 6. 9. 17. 19. 22. 24. 27. 33. 46. 48. 50. 54. 59. 85. 90. 92. 94. 95. 96. 400.	13. 18. 30. 61. 77. 79. 89.	31. 35.		62. 71. 80. 88. 97.	

Tabelle VI (Puella 401—500).

Jahr	Vor Jahren	1 Kur	2 Kuren	3 Kuren	4 Kuren	5 Kuren	0 Kuren
1910	0	2. 47.	14.				
1909	1	80. 84. 88. 94. 99.	3. 54.	24. 28. 61. 82. 98.	32.		
1908	2	60. 65.	11. 57.	41.	19. 85.	25.	
1907	3	12. 40. 43. 45. 49. 55. 70. 97.	87.	7. 22.	56. 58.	72.	
1906	4		73.	78.	66. 89. 95.		
1905	5	33. 93.	44. 64. 91. 500.	10.	62.	34. 69.	
1904	6	30. 90.		38. 76. 96.		63. 79.	
1903	7	20. 29. 53. 59. 83.			74.		
1902	8	52. 68. 81.					
1901	9	36. 37.	86.				
1900 usw.	10	1. 4. 5. 6. 9. 15. 23. 26. 35. 39. 51. 71. 75. 77.	2. 8. 16. 17. 18. 27. 46. 92.		42. 48. 50.	13. 31. 67.	

Tabelle VII.
Zusammenstellung aus Tabellen II—VI.

Anzahl der Untersuchten	1 Kur	2 Kuren	3 Kuren	4 Kuren	5 Kuren	0 Kuren
1—100	56	26	8	1	2	7
101—200	51	19	10	8	10	2
201—300	47	23	11	7	10	2
301—400	48	19	15	5	12	1
401—500	45	20	13	13	9	—
Summa	247	107	57	34	43	12
In Prozenten	49,4 %	21,4 %	11,4 %	6,8 %	8,6 %	2,4 %

Diese Zusammenstellung zeigt, daſs bei einer Kur und bei je 100 Personen (1—100 und 401—500) eine Prozentsatzverschiebung von 11 % (45 % : 56 %) stattfindet. Diese Einteilung in fünf Rubriken von je 100 illustriert deutlich, wie falsch es ist, wenn man sogar Zahlen, die unter 100 liegen, prozentualiter ausdrückt, wie das leider in der Medizin so häufig geschieht; diese Zahlen figurieren dann später in den Lehrbüchern und in sonstigen Zusammenstellungen als nackte Zahlen, von denen der Leser annimmt, sie wären auf mindestens 100 Beobachtungen bezogen. Wenn z. B. *Münch. med. Wochenschr.* Nr. 1 in dem Aufsatz von Paul Ehrlich, um die Superiorität des Salvarsan dem Hg gegenüber in der Behandlung der hereditären Syphilis zu beweisen, Ehrlich die Arbeit Lessers zitiert, in welcher behauptet wird, daſs von 27 mit Hg behandelten Kindern 10 gestorben sind, während von 9 mit Salvarsan behandelten keins gestorben ist und nun 40 % Mortalität bei der Hg-Behandlung der Syphilis herausgerechnet wird, so geht dies nicht an. Würde man beide Behandlungsmethoden auf 100 und noch mehr Fälle ausgedehnt haben, so würde zweifellos ein anderer Prozentsatz herausgekommen sein, da eben der Zufall bei nur 9 Beobachtungen eine groſse Rolle spielen kann. Auch die prozentuellen Berechnungen Ehrlichs in derselben Arbeit, daſs von 32 Patienten durch eine zweite Salvarsaninjektion 25, d. h. 78 %, einen negativen Wassermann gezeigt hätten, sind so zu bewerten.

Bruhns kommt auf Grund seines Krankenhausmaterials zu dem Resultat, daſs bei 1412 Dauerbeobachtungen die tertiären Fälle 34,5 % bei „guter Behandlung“ (!) und 24,4 % bei „weniger guter Behandlung“ (!) ausmachen, wobei er jedoch nicht verfehlt, darauf hinzuweisen, daſs seine

Statistik noch viele Mängel aufweist. Der Hauptmangel aber ist meiner Meinung nach der, daſs das Krankenhausmaterial ein gesiebtes ist, indem von allen Syphilitikern des Polizeipräsidiums nur solche überwiesen werden, die Symptome haben, einige Gonorrhoiker usw., die zufälligerweise keine Syphilis haben, ausgenommen. Soll eine derartige Statistik allgemeinen Wert haben, so muſs sie sowohl im Untersuchungszimmer des Polizeiarztes als auch in dem Krankenhause, in welchem die Puellen behandelt werden, gemacht werden und die Ergebnisse dieser beiden Beobachtungen müssen dann zusammengestellt werden, da dann nicht nur die symptomatischen, sondern auch die assymptomatischen Fälle berücksichtigt werden können. Wenn diese Statistik in Form eines Schemas, das genauer als das meiner Statistik ist, gemacht würde, so wäre nicht nur für die Frage der Behandlung der Prostituierten, sondern auch für die Frage der Behandlung der Syphilis überhaupt ein verdienstvoller und für die Kommune und für den Staat wertvoller Weg beschritten. Folgendes Schema käme in Betracht:

Patientin	I. Alter	II. Infektion wann?	III. Anzahl der Kuren	IV. In welchen Zwischenräumen?	V. Art der momentanen sekundären Symptome	VI. Tertiäre Symptome	VII. Parasyphilis	VIII. Wie lange unter Sitte?
a) A. B., Auſsenbehandlung	32 J.	Januar 1906, 1. Kur: 1906	4	I. 1906 März II. 1906 Aug. III. 1907 Febr. IV. 1907 Sept.	Papul. madidant. ad anum	—	—	10 J.
b) Krst., Krankenstation								
c) Polizeipräsidium								
d) Fehlend								

Bei allen seit zwei Jahren unter Sitte stehenden Puellen, die angeblich keine Lues gehabt haben, soll zweimal Wassermann gemacht werden. Eintragung unter Nr. V.

Auf der letzten Seite des Gestellungsbuches könnte zweckentsprechend die Rubrik für die Statistik eingedruckt oder eingeklebt werden.

Auf diese Weise lieſse sich allein in Berlin in kurzer Zeit bei etwa 4000 eingeschriebenen Prostituierten annähernd genau feststellen, welche an Syphilis erkrankt sind und welche nicht, ferner lieſse sich die Anzahl der Kuren feststellen, die Zeit, in welcher die Kuren gemacht wurden, eventuell tertiäre Erscheinungen, parasyphilitische Erscheinungen, die Zeit der Rezidive (ob rasch oder langsam), die Art der Kuren usw.

Auch ließe sich für die Frage, ob die intermittierende Behandlung oder die symptomatische oder keine von beiden, sondern eine rein individuelle Behandlung am Platze wäre, ein gewisser Beitrag bringen.

Schon die von mir aufgestellte Statistik aber ergibt folgendes:

1. Die Anzahl der Puellen, die nur eine Kur durchgemacht haben, beträgt 49,4%; rechnet man also für die nur mit einer Kur Geheilten 30%, um alle Irrtümer auszuchließen, so ergibt sich immerhin ein hoher Prozentsatz der mit nur einer Kur, wenigstens nach unseren heutigen Anschauungen, Geheilten. Auch die Verwendung der Wassermannschen Reaktion würde voraussichtlich an dieser Zahl nicht viel ändern, da auch sie nur ein Symptom der Lues ist und bezüglich der Heilung oder Nichtheilung gar keinen meßbaren Wert hat, da wir eben bei einer Reihe von Personen, die früher einmal Syphilis akquiriert haben und selbst chronisch intermittierend genügend lange behandelt worden sind, noch bis ins späteste Alter hinein eine positive Wassermannsche Reaktion finden. Für mich ist ein positiver Wassermann nur mit relativer Sicherheit, nicht mit absoluter, maßgebend für eine frühere luetische Infektion, da eben auch andere Erkrankungen eine positive Reaktion machen können, da die Reaktion nicht streng spezifisch ist, und da auch bei einem einmaligen positiven Wassermann Irrtümer nicht ausgeschlossen sind.[1]
2. Die Anzahl der Puellen, die zwei Kuren durchgemacht haben, beträgt 21,4%, die ein bis zwei Kuren durchgemacht haben, 70,8%. Rechne ich, um Irrtümer auszuschließen (Fälle, in denen sich später noch Symptome zeigen), nur 50—60%, so bleibt ein großer Prozentsatz der mit ein bis zwei Kuren definitiv Geheilten übrig.
3. Die Puellen, die drei Kuren durchgemacht, betrugen 11,4%.
4. Die Puellen, die vier Kuren hatten, betrugen 6,8%.
5. Die Puellen, die fünf Kuren und mehr erforderten, betrugen 8,6%.

Interessant ist das Verhältnis der Puellen, die ein, zwei, drei und vier Kuren gemacht. Dieses beträgt ungefähr 50 : 25 : 12,5 : 6,25 (abgerundet).

Jedenfalls ist das Resultat der mit einer Kur und mit ein bis zwei Kuren Geheilten ein so günstiges, daß die Quecksilberkur der Salvarsankur, was Dauerhaftigkeit der Wirkung betrifft, schon heute als bedeutend überlegen bezeichnet werden kann.

[1] Vergl. *Dtsch. med. Wochenschr.* 1910, Nr. 4: Dreuw, Über die Bedeutung der Wassermannschen Reaktion.

Was nun die Frage der intermittierenden oder symptomatischen Behandlung und die Frage betrifft, ob die Puellen unseren heutigen Anschauungen entsprechend genügend merkuriell behandelt werden, so ergibt meine Statistik auch hierüber einige, wenn auch nicht genügende Aufklärung. Bekanntlich hat namentlich FOURNIER und auch NEISSER, wie BRUHNS sagt, hauptsächlich auf theoretischen Erwägungen fufsend, die sogenannte intermittierende Behandlung eingeführt, welche darin besteht, dafs wegen der chronischen Erkrankung auch eine chronische Behandlung gemacht wird.

ENGEL-REIMERS, der in Deutschland wohl am häufigsten die Krankenhausbehandlung der Syphilitiker wegen des in einem Krankenhause konzentrierten grofsen Materials der Stadt Hamburg beobachten konnte und vielleicht die gröfste persönliche Erfahrung in Deutschland hatte, drückte sich in seiner etwas drastischen Weise in seinen Kursen über die beiden Methoden folgendermafsen aus:

„Das Hydrargyrum ist demnach, wie wir sahen, allerdings dann ein Spezifikum gegen das syphilitische Gift, wenn dieses Gift irritierend, entzündungserregend auf die Gewebe wirkt, aber es ist kein Spezifikum gegen dieses Gift in allen seinen Phasen, kein Spezifikum gegen dieses Gift überhaupt, dessen energische Anwendung immer sicher eine Vernichtung des Giftes im Körper, eine Coupierung der Krankheit oder doch zum mindesten eine Abschwächung derselben, einen milden Verlauf garantiert. Wegen dieser Unzuverlässigkeit des Mittels gegen die latente Syphilis konnten wir einer langen, fortgesetzten, merkuriellen Therapie nicht das Wort reden, und wir konnten dies um so weniger, als eine solche über Jahr und Tag sich erstreckende Quecksilberbehandlung ohne alle Frage für den Kranken eine Reihe von Gefahren mit sich bringt, die gerade hier, wo seinem Körper ohnehin schon Gefahren aller Art drohen, besonders sorgfältig vermieden werden müssen.

Diese Ansicht steht nun in diametralem Widerspruch mit der Ansicht des populärsten Syphilidologen der Jetztzeit, FOURNIERS. FOURNIER erklärt das Quecksilber für ein direktes Antidot, für ein absolut sicheres Spezifikum gegen das syphilitische Gift überhaupt; er behauptet ferner, die Schädigungen des Organismus durch eine lange Anwendung des Merkurs seien übertrieben, seien in der Mehrzahl der Fälle sicher zu vermeiden und seien jedenfalls immer gering zu achten im Vergleich zu dem eklatant günstigen Einflufs, den eine solche langandauernde Quecksilbertherapie in den ersten Jahren nach der Infektion auf den Gang der Krankheit ausübt. Eine chronische Krankheit, wie die Syphilis, erfordere eben auch eine chronische Behandlung, und so hat er denn mit Aufbietung der ganzen ihm eigenen Beredsamkeit seit 1874 für eine chronisch intermittierende Behandlung der Syphilis während der ersten Jahre gekämpft. Das Schema, welches er für diese chronisch intermittierende Behandlung entwirft, ist kurz das folgende:

Dafs der Patient im ersten Jahre der Krankheit alle Monate 14 Tage, im zweiten alle zwei Monate 14 Tage Quecksilbereinreibungen erhalten soll.

In Deutschland ist besonders NEISSER auf verschiedenen Kongressen sehr energisch für diese FOURNIERsche Methode eingetreten. Auch er nennt nur die Behandlung der Syphilis eine gute, bei der das Quecksilber während der ersten Jahre der Krankheit chronisch und nahezu kontinuierlich, d. h. anfangs nur mit ganz kurzen, später mit etwas längeren Unterbrechungen angewendet wird. Er weicht nur insofern von

FOURNIER ab, als er bei dieser chronischen Behandlung leichte Kuren, bei denen der Kranke umhergeht, mit Hauptkuren, bei denen er im Bett bleiben mufs, abwechseln läfst. Nun, meine Herren, die Sicherheit, mit der diese chronisch intermittierende Hydrargyrumbehandlung als eine die malignen tertiären Erscheinungen unfehlbar verhütende inszeniert wurde, der berühmte Name, der sich an dieselbe knüpfte, hat zunächst gewaltig imponiert und ihr in den siebziger Jahren eine grofse Zahl von Anhängern zugeführt, nachher aber hat die Begeisterung doch erheblich nachgelassen. Die tertiären Erscheinungen, die absolut sicher ausbleiben sollten, kamen doch, kamen selbst in Fällen, wo man das vorgeschriebene Schema so sorgfältig und gewissenhaft wie möglich befolgt hatte; und als sie kamen, da hiefs es, ja, zwei Jahre chronisch intermittierende Quecksilberbehandlung sind nicht genug, es müssen vier Jahre sein. Aber auch nach vierjähriger chronischer Verquecksilberung bekamen die Kranken noch tertiäre Lues, und da lautete die Parole, das sind insidiöse Fälle, und in solchen Fällen mufs die chronische intermittierende, merkurielle Therapie sich — allerdings mit längeren freien Pausen — über sechs Jahre ausdehnen. Nun, meine Herren, diese Prolongation der chronischen intermittierenden Behandlung, dieses durch die Mifserfolge bewirkte wiederholte Hinausrücken des Zeitpunktes, bis zu welchem diese Therapie nötig, beweist schon, dafs sie die Unfehlbarkeit, die absolute Sicherheit, die man ihr anfänglich andichtete, ganz und gar nicht besitzt, und dafs auch bei FOURNIER und NEISSER Patienten tertiäre Erscheinungen oft genug bekommen mögen. Auf dem Berliner Kongrefs erhob sich dann auch ein wahrer Sturm gegen diese Art von Behandlung; fast alle waren darin einig, dafs die auf sie gesetzten Erwartungen sich nicht erfüllt hatten, dafs ihr mehr als zweifelhafter Nutzen in gar keinem Verhältnis steht zu dem sicheren Schaden, den sie allein schon dadurch stiftet, dafs sie Neurastheniker par excellence züchtet und geradezu eine Disposition für tertiäre Hirn und Rückenmarklues schafft. Die Tage dieser chronisch intermittierenden Quecksilberbehandlung sind denn auch trotz aller Reklame gezählt, und wir sind in der Pendelbewegung, die die medizinische Therapie ja überhaupt macht, jetzt wieder glücklich nach der Seite gekommen, wohin das Pendel schon vor 40 Jahren ausschlug, nämlich zu dem Grundsatz, die Syphilis in den ersten Jahren nach der Infektion nur dann mit Quecksilber zu behandeln, wenn die Krankheit Symptome macht, die Dauer und die Intensität dieser Behandlung aber in direkte Proportion zu setzen zu der Dauer und der Intensität der jedesmaligen Symptome.“

Wie verhält sich nun meine Statistik zu diesen beiden Anschauungen und vor allem dazu, ob eine schlecht behandelte Lues (wenig Kuren) oder eine gut behandelte (viel Kuren) mehr Chancen der definitiven Heilung und weniger tertiäre und parasyphilitische Erscheinungen gibt?

Es ergibt sich mit ziemlicher Wahrscheinlichkeit, dafs die Resultate der einmalig behandelten nicht viel schlechter sind als die Resultate der mehrmalig behandelten, wenn 30% der nur einmal behandelten Puellen von allen Symptomen befreit waren, soweit dies nachweisbar war. Das BRUHNSsche Resultat, dafs sich die gut behandelten zu den schlecht behandelten wie 34 bzw. 24 : 100 verhalten, ferner die SCHUSTERsche Arbeit dürfte auch in diesem Sinne zu bewerten sein, da ein so geringer Unterschied von etwa 10% namentlich bei den obwaltenden Fehlerquellen leicht vorkommen kann. Absolut genommen scheint mir jedoch der Prozentsatz von 34 bzw. 24% tertiärer Erscheinungen viel zu hoch gegriffen zu

sein, da der nicht retrospektiv urteilende Polizeiarzt jedenfalls, wenn dieser Prozentsatz richtig wäre, mehr tertiäre Erscheinungen zu Gesicht bekommen würde bei der großen Anzahl der Prostituierten, die z. B. in Berlin untersucht werden. Jedoch könnte hierüber erst eine ausführlichere Statistik, wie die von mir vorgeschlagene, genauen Aufschluß geben.

Ich habe unter den 500 syphilitischen Puellen, soweit meine Untersuchungen nach dieser Richtung hin möglich waren, 30 gefunden, bei denen ich eine tertiäre oder eine Parasyphilis feststellen konnte. Nehme ich selbst 60 bis 70 an, so wären vielleicht 12 bis 14%, die tertiäre und parasyphilitische Erscheinungen bekommen. Dies stimmt auch überein mit der Statistik von SCHLASSBERG (*Zeitschrift zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten,* 1908). Dieser fand 9,13% tertiärer Lues unter 1500 Puellen mit Lues. Unter 971 Beobachtungen von fünf Jahren fand er 11,9% mit tertiärer Lues. Der Unterschied zwischen den „gut" und „schlecht" behandelten Fällen betrug: 13,9% bei einer Kur, 11,5% bei zwei und mehr Kuren. Also ein noch geringerer Unterschied als bei BRUHNS. Dies stimmt im allgemeinen mit meiner Auffassung überein, daß die luetischen Symptome das Produkt sind aus Konstitution und Virulenz des Erregers. Denn da bei der symptomatischen Behandlung, die aus äußeren Gründen bei den Puellen meist durchgeführt wird, dem Körper nur dann Hg zugeführt wird, wenn nachweisbare Symptome vorhanden sind, so sind eben die mehrfachen Kuren das Zeichen dafür, daß der betreffende Patient aus uns unbekannten Gründen einer größeren Menge Hg wegen der Schwere und der daraus resultierenden Rezidivierungsfähigkeit bedurfte. Er bekommt also in diesem Falle eine entsprechend genügende Menge des Heilmittels ebenso, wie derjenige, der wegen des Nichterscheinens von Symptomen, manchmal auf 10, 20 und mehr Jahre hinaus, nur eine Kur durchgemacht hat. In manchen Fällen heilt sogar die Lues ohne Kur aus. Es kann daher, da durchschnittlich auch bei nur einer Kur der Körper eine genügende Menge Hg erhalten kann, kein allzu großer Unterschied zwischen den „gut" und den „schlecht" behandelten Fällen sein. In der Tat kann man 2% Unterschied auf das Konto des Zufalles schreiben.

Daß etwa 25% durch eine Kur geheilt werden, dürfte darauf zurückzuführen sein, daß die Syphilis bei jedem Individuum je nach der individuellen Disposition und Konstitution, dann aber auch sicherlich je nach der Virulenz des Erregers (die exotische Syphilis verläuft bekanntlich viel schwerer als die einheimische) durch Hg beeinflußt wird. Es besteht sozusagen von vornherein eine bestimmte, jedem Fall angepaßte Rezidivierungsmöglichkeit, sozusagen eine Prädistination, welche durch unsere Mittel nur in engen Grenzen beeinflußt werden kann, d. h. der und der Fall bekommt ein Rezidiv oder tertiäre oder parasyphilitische Erscheinungen,

ob wir nun einmal oder mehrmals behandeln, d. h. er bekommt es trotz unserer Behandlung, da unsere Methoden hauptsächlich symptomatisch wirken, und weil es sich eben um einen mit unseren Methoden nicht meſsbaren schweren Fall handelt. Ein anderer bekommt kein Rezidiv, ob wir „gut“ oder „schlecht“ behandeln, da das Verhältnis vom Erreger zum infizierten Menschen eben eine so groſse Rolle spielt. Hierfür spricht auch der Umstand, daſs durch das Quecksilber die Wassermannsche Reaktion nur in einem bestimmten Prozentsatz der Fälle umgewandelt wird, da eben der Körper + Spirochäte sozusagen eine bestimmte Verbindung eingegangen sind, die durch Hg schwer oder leicht zu beeinflussen ist, und insofern lieſse sich vielleicht das Konstantbleiben der Wassermannschen Reaktion für ein drohendes Rezidiv verwerten. Auch wären so die Fälle zu erklären, die trotz guter, ja bester intermittierender Behandlung bis ins späte Alter hinein ein Symptom, nämlich einen positiven Wassermann haben, und die Fälle, die trotz guter Behandlung noch nach vielen Jahren tertiäre oder parasyphilitische Erscheinungen aufweisen. Ob unsere heutige Behandlung einen direkten groſsen Einfluſs auf die Spirochäten selbst ausübt, indem diese durch das Hg oder Jod abgetötet werden, sei es primär oder sekundär, das ist schwer festzustellen, denn die Methodik des Nachweises der Spirochäten, die eben meist nur dort gefunden werden, wo syphilitische, unserem Auge nachweisbare Symptome vorhanden sind und auch dort nur in einer bestimmten Anzahl von Fällen, gibt nicht immer stichhaltige Resultate, da selbst dann, wenn keine Spirochäten gefunden werden, trotzdem in den inneren Organen noch genug vorhanden sein können, die eben unserer Methodik entgehen. Auch bei der Frage nach der spirillentötenden Wirkung des Ehrlich-Hata-Präparates beim Menschen dürfte das in den Vordergrundschieben der bakteriologischen und die Hintansetzung einer langen und ausgedehnten klinischen Anschauung zu den allzu optimistischen Beurteilungen mit beigetragen haben. Hierzu kommt noch die häufig sich einstellende Unmöglichkeit, bei der assymptomatischen Lues Spirochäten überhaupt zu finden. Man könnte beim Menschen (beim Tierversuch ist es anders) auch die spirillentötende Wirkung von Argent. nitric. bei nur lokaler Behandlung beweisen, denn tatsächlich ist es nach entsprechender lokaler Behandlung ohne Allgemeinbehandlung z. B. bei nässenden Papeln häufig nicht mehr möglich, Spirochäten im Körper nachzuweisen. Wahrscheinlich kommen sowohl beim Arsen als beim Quecksilber die roborierenden und die den pathologischen Prozeſs beeinflussenden Eigenschaften besonders zur Geltung, denn wenn das Hg nicht blos ein symptomatisches, und auf diese Weise sekundär durch Verschlechterung des Nährbodens spirillentötendes, sondern auch die Ursache, d. h. die Spirochäten direkt vernichtendes Heilmittel sein würde, in den Dosen, die wir gewöhnlich an-

wenden, dann müſste eben nach einer so gründlichen Durchtränkung des Körpers mit Quecksilber, wie wir sie in der Regel machen, keine Spirochäte mehr am Leben bleiben, was jedoch nicht der Fall ist. Andererseits wissen wir, daſs sowohl Hg als As auf die tertiären Erscheinungen, die nach BUSCHKE gar keine Spirochäten enthalten, günstig einwirkt.

Die zweite Frage der Überschrift läſst sich nach der angegebenen Statistik dahin beantworten, daſs die namentlich von NEISSER vertretenen Anschauungen über die intermittierende chronische Behandlung der Syphilis bei den Berliner Prostituierten in keiner Weise erfüllt werden, und trotzdem scheinen die Heilungsresultate günstige zu sein, denn beinahe ein Drittel der Puellen haben, abgesehen von denen, die überhaupt nicht behandelt wurden, (ich sah allein zehnmal Leukoderma bei überhaupt nicht behandelten, seit langer Zeit unter Kontrolle stehenden Puellen) nur eine Kur durchgemacht, d. h. es sind keine Erscheinungen trotz der wöchentlich zweimaligen Beobachtungen bei ihnen aufgetreten und sie sind aus äuſserlichen Gründen rein symptomatisch, d. h. nur bei Bedarf behandelt worden. Möglicherweise würde die Anwendung der WASSERMANNschen Reaktion noch einige Modifikationen des Resultates ergeben, wenngleich ich der Meinung bin, daſs auch diese Reaktion nur ein in einem Falle positiv (und dann annähernd beweisendes), in anderen negativ (und dann nichtbeweisendes) ausfallendes S y m p t o m der Lues ist, wie es eben die noch immerhin von Zufälligkeiten hier und da abhängige Technik mit sich bringt. Andererseits gibt dieses Symptom in Gegensatz zu dem durch ihre Farbe und durch andere Eigenschaften, die mit dem Auge kontrolliert werden können, ausgezeichneten und den Grad der Erkrankung (primär, sekundar, tertiär, Parasyphilis) ziemlich genau bestimmenden äuſseren Symptomen nur die nackte Tatsache kund, daſs der Betreffende einmal in seinem Leben Syphilis akquiriert hat, ohne daſs bezüglich der Prognose oder der Behandlung Schlüsse gezogen werden könnten.

Bei den Fällen meiner Statistik, namentlich solchen, deren Lues erst unter drei Jahre besteht, werden natürlich in einer groſsen Anzahl noch viele Symptome erscheinen, aber diese kommen, wie schon hervorgehoben, wenn auch selten, auch bei schon viele Jahre beobachteten und „gut behandelten" Fällen vor.

Schlieſslich läuft die Fragestellung auf folgendes hinaus: Entweder die NEISSERsche Anschauung der intermittierenden Behandlung ist richtig, dann ist es ein nobile officium, daſs sie bei der wichtigsten Behandlung, die zugleich Prophylaxe bedeutet, bei der Behandlung der Prostituierten eingeführt wird, d. h. jede Puella muſs, ob sie Symptome hat oder nicht, in den ersten Jahren intermittierend behandelt werden, oder aber die symptomatische Behandlung ist richtig, so wie sie jetzt bei der Behandlung der Prostituierten gehandhabt wird, dann bedarf es nicht der inter-

mittierenden Behandlung. Wahrscheinlich liegt, wie so oft im Leben, die Tugend in der Mitte, d. h. weder die eine noch die andere Methode ist absolut richtig, aber im allgemeinen schließe ich mich den Stimmen an, welche fordern, daß eine chronisch verlaufende Erkrankung, wie es die Lues ist, auch chronisch behandelt wird, wobei allerdings ein Schema nur als Richtschnur dienen darf. Aus der chronisch intermittierenden Behandlung darf man aber nicht folgern, wie dies Friedländer und Isaac tun, daß die Hg-Kur bei glatt 100% der Fälle Rezidive mache, dem widerspricht die von mir mitgeteilte Statistik, und andererseits dürfte diese Behauptung eine Verwechslung von Ursache und Wirkung sein. Diese Fragen, ob intermittierend oder symptomatisch, lassen sich vielleicht auf Grund der von mir angeregten größeren Statistik der Entscheidung näher bringen. Jedenfalls aber dürfte es sich vorläufig empfehlen, solange diese Entscheidung nicht gefallen ist, die Puellen mit frischer Lues so zu behandeln, daß sie jährlich, vielleicht die ersten zwei Jahre, verschiedene Kuren durchmachen, ob sie nun Symptome haben oder nicht, im Interesse der Puellen und der Allgemeinheit.

Eine Statistik, wie die von mir angeregte, die natürlich noch erweitert werden könnte, würde nicht nur für die Volksgesundheit, sondern auch zur Entscheidung mancher wissenschaftlicher Fragen von Bedeutung sein.

Der Begriff „gut und schlecht" ist meiner Meinung nach irreführend, denn das Wort „eine oder mehrere Kuren" bedeutet meiner Auffassung nach bei der symptomatisch durchgeführten Prostituiertenbehandlung bloß, daß die Betreffenden viele Kuren machen mußten, da die Prostituierten eben nur beim Vorhandensein von luetischen Symptomen behandelt werden. Der Erfolg hängt, wie schon erwähnt, in der Regel von zwei Faktoren ab, der Konstitution des Infizierten und der Virulenz der Spirochäten, wozu als dritter Faktor noch die Einwirkung des Heilmittels kommen dürfte. Die Vermutung liegt nahe, daß bei schweren Erkrankungen oder bei schlechter Konstitution des Körpers gerade die „gut" behandelten Fälle zu tertiären Erscheinungen neigen werden. Nicht deswegen allein hilft eine „gute" Behandlung besser, weil sie häufig gemacht wird, sondern wahrscheinlich deswegen, weil in dem betreffenden Falle eine leichte Infektion oder ein starker Organismus in Frage kam. Denn wir sehen auch bei „guten" Kuren viele Fehlresultate, was Dauerwirkung anbetrifft. Nicht deswegen allein hilft eine „schlechte" Behandlung weniger, weil zu wenig Quecksilber gegeben worden ist, sondern weil eben das Verhältnis zwischen Infektionserreger und Mensch ein ungünstiges war und die Kur, was die Menge des Quecksilbers anbetrifft, sich diesem Verhältnis anpassen muß, soweit dies bei einem so differenten Körper, wie es das Hg ist, möglich erscheint. Leider haben wir kein Kriterium, diese Menge genau zu bestimmen, sondern wir sind im allgemeinen nur auf persönliche Erfahrungen

und Vermutungen angewiesen. Nicht deswegen bekommt ein Syphilitiker in späteren Jahren Tabes oder Paralyse, weil er nur eine Kur gemacht hat, sondern deswegen, weil er eine schwere, wenn auch nicht nachweisbar schwere Syphilis hatte oder eine schwächliche Konstitution oder eine Labilität des Nervensystems und weil er im Vergleich zu diesen schweren Erscheinungen relativ zu wenig behandelt worden ist. Gerade die Fälle mit den leichtesten Symptomen haben oft eine große Neigung zu tertiären und parasyphilitischen Erscheinungen.

Auch die vielen Fälle, die SCHUSTER erwähnt, welche trotz reichlicher Hg-Behandlung, also trotz einer „gut" durchgeführten Kur Tabes und Paralyse bekommen haben, sprechen in diesem Sinne. Dem entspricht es auch, wenn BRUHNS in seiner Statistik gefunden hat, daß 19,3 % der Patienten, die zwei Kuren durchgemacht haben, tertiäre Erscheinungen bekamen, während nur 17,8 % tertiäre Erscheinungen bekamen, die eine Kur durchgemacht haben. Auch die SCHLASSBERGsche Statistik (13,9 % schlechte Kur und 11,5 % gute Kur) entspricht annähernd dieser Anschauung. Es ist eben kein System, wenigstens zunächst noch, nicht in diese Verhältnisse hineinzubringen, weil vermutlich nicht die Anzahl der Kuren, sondern die Schwere der Infektion und die geringe Widerstandsfähigkeit des Körpers oder aber die Wechselwirkungen dieser drei Faktoren auf das Erscheinen von tertiären Symptomen von Einfluß sind. Daß hier noch keine Berechnung möglich ist, geht auch daraus hervor, daß der Eintritt von Rezidiven oder, symptomatisch gesprochen, der Eintritt einer neuen Behandlung ganz willkürlich sich zeigt, entsprechend den drei angegebenen Faktoren.

Bei einer Puella muß eine neue Kur schon einige Wochen nach der ersten gemacht werden, bei einer anderen heilen die Symptome überhaupt nicht aus, bei einer dritten dauert es ein halbes Jahr, bei wieder einer anderen zwei bis drei Jahre bis zur nächsten Kur, bei anderen zeigen sich nach der ersten Kur überhaupt keine Symptome usw., kurzum, es herrschen hier Gesetze, in die bisher noch keines Forschers Auge gedrungen, deren weitere Erkennung aber eines gewissen Reizes nicht entbehren dürfte.

Möglicherweise eröffnet der weitere Ausbau der WASSERMANNschen Reaktion nach dieser Richtung hin gewisse Perspektiven für die Zukunft insofern, als wir dann nicht lediglich auf spekulative Vermutungen, sondern auf wirkliche naturwissenschaftliche Unterlagen hinweisen könnten. Bis heute aber ist die WASSERMANNsche Reaktion für die Prostituiertenuntersuchung deswegen nur in ganz vereinzelten Fällen von Nutzen, weil sie über die *Ansteckungsfähigkeit* der betreffenden Puella viel weniger sagt als die übrigen sichtbaren Symptome, und daher hat die WASSERMANNsche Reaktion für die Prostituiertenuntersuchung in der Hand des Polizeiarztes nur einen beschränkten Wert.

Fachzeitschriften.

The British Journal of Dermatology.

Februar 1911.

Einige Bemerkungen über Tinea circinata, von ARTHUR WHITFIELD. Im Anschluſs an fünf im Jahre 1908 veröffentlichte Fälle von Ringwurm der Haut an Händen und Füſsen bringt hier WH. sieben weitere Fälle, die in vieler Beziehung von den gewöhnlichen Erscheinungen der Hauttrichophytie abwichen. Während ein Teil derselben auſserordentlich akut verliefen und ohne mikroskopische Untersuchung sicher als „akutes Ekzema“ unterlaufen wären, zeigten einige eine auſserordentliche Widerstandsfähigkeit gegen jede Behandlungsart und stets wiederkehrende Rezidive, was WH. zum Teil auf die enorm verdickte Hornschicht des Fuſses, zum Teil auf die Immunität der Parasiten gegen antiseptische Mittel, wie sie auch bei anderen Krankheiten beobachtet wird, zurückführt. Zur Behandlung fand WH. in seinen Fällen eine Salicyl-Benzoesäure-Salbe (3 % Salicyl- und 5 % Benzoesäure auf einen Teil Paraffin. liquid. mit drei Teilen Kokosnuſsöl) sehr geeignet; diese Salbe ist leicht einzureiben und ist daher vorzüglich für irgendwie haarige Stellen, besonders den Kopf; immerhin ist allzu reichliche und energische Anwendung zu vermeiden, da sonst an zarteren Hautstellen, wie in der Leistengegend, Dermatitis entsteht.

Zwei Fälle fronto-nasaler Morphoea, mit Bemerkungen von JAMES H. SEQUEIRA. Von den zwei Fällen betraf der eine ein siebenjähriges Mädchen, bei welchem eine blasse Depression von der Nasenwurzel, wo sie etwa $^3/_4$ cm breit war, über die Stirn zum behaarten Kopf bis zur Koronarnaht hinzog, hier völlig von Haaren entblöſst; bei Palpation war durch die ganze Länge dieser sklerosierten Stelle im Stirnbeine eine seichte Grube oder Rinne zu erkennen. Die sklerosierte Haut konnte nicht gefaltet werden und war über dem Knochen nur leicht beweglich. Eine ähnliche, kleinere, seichte, blaſsgefärbte Einsenkung war seitlich vom rechten Nasenflügel in Gröſse eines Dreipennystückes vorhanden. Die Affektion bestand jedenfalls schon mehrere Monate und wurde nur wegen der Alopecie ärztliche Hilfe gesucht. Im zweiten Falle, eine 60jährige Frau betreffend, war die Affektion, nur auf der linken Seite sitzend, beinahe gleichartig; was die Zeit betrifft, so hatte Patientin solange, als sie sich erinnern konnte, einen „Silberstreifen“ an ihrer Stirne. Die Augenlider waren in beiden Fällen nicht betroffen. Ätiologisch konnte in beiden Fällen nichts Bestimmtes ermittelt, ein Trauma nicht ausgeschlossen, aber keine Sicherheit darüber gewonnen werden. Affektion der Schilddrüse war nicht zu konstatieren. In weiterer Besprechung der verschiedenen in der Literatur niedergelegten Gesichtspunkte kommt S. zu dem Schlusse, daſs Morphoea nicht auf einer Affektion der peripheren Nerven, sondern wahrscheinlich auf einer zentralen (Ganglien)-Veränderung beruhe und diese durch vasomotorische oder trophische Einflusse wirke. Die primäre Ursache kann eine toxische oder bakterielle sein und es würde dann Morphoea in dieselbe Gruppe von Nervenaffektionen gehören, wie Kinderlähmung und Herpes zoster. *Stern-München.*

Proceedings of the Royal Society of medicine.

Dermatological Section.

Sitzung vom 19. Januar 1911.

Band IV, Nr. 4.

Fall von Angiokeratom, von H. G. ADAMSON. Der Fall betraf eine 21jährige Spanierin und hatte schon etwa fünf Jahre bestanden. Es waren beiderseits die Handrücken und Finger affiziert. Patientin hatte zuvor viel an Pernionen gelitten.

Erythema ab igne oder Livedo reticularis mit Pigmentierungen, von H. G. ADAMSON. Ein junger Mann, der als Möbeltischler genötigt war, viel vor einem offenen Feuer zu arbeiten, zeigte an beiden Unterschenkeln die obige Affektion in ausgesprochenem Grade (Abbildung).

Kulturen von Achorion Quinckeanum (Mäusefavus), von H. G. ADAMSON. Die Kulturen stammen von einem Knaben, Engländer, der nur ein markstückgroßes Gebiet der Affektion aufweist. A. hat noch zwei derartige Fälle beobachtet.

Disseminierte, tuberkulöse Knötchen in der Haut, von E. G. G. LITTLE. Es handelte sich um eine vor sechs Monaten beginnende und sehr rasch entstandene Aussaat von Knötchen tuberkulöser Art bei einer 26jährigen, gut genährten Ladengehilfin. Manche der Läsionen zeigten eine lupöse Beschaffenheit.

Fall von akutem Lupus erythematosus, von E. G. G. LITTLE. Bei dieser 26jährigen Patientin sind die Läsionen nur zum Teil in typischer Weise ausgebildet, und die schweren, sonst oft zu konstatierenden allgemeinen Störungen haben sich noch nicht dokumentiert.

Fall zum Diagnostizieren, von E. G. G. LITTLE. Die Diagnose lautet auf Syphilis bei fehlender WASSERMANNscher Reaktion. Letztere war allerdings nach der FLEMINGschen Modifikation ausgeführt worden.

Ausgedehnter, mit Ulcerationen komplizierter Lupus erythematosus, von J. M. H. MAC LEOD. Als speziell bemerkenswerte Momente des 22jährigen Leidens bei der nunmehr 40 Jahre alten Patientin werden hervorgehoben die ausgesprochene Symmetrie der sehr umfangreichen Läsionen, was im Verein mit der Lokalisation an den für Erythema multiforme charakteristischen Stellen auf eine toxische Ursache hindeutet, und die Neigung der Läsionen zu spontaner Ulceration. Außerdem ist zu erwähnen, daß Patientin tuberkulös ist.

Unvollständiges Wachstum der Kopfhaare bei einem Kinde von 18 Monaten, von J. M. H. MAC LEOD. Die bei der Geburt vorhandenen reichlichen Haare waren im zweiten Lebensmonat ausgefallen, und es entwickelte sich ein gewisser Grad von Keratosis follicularis. Unter Salicylsalbenbehandlung ist Besserung eingetreten.

Eine seltene Form von syphilitischer Onychie, von J. E. R. MC DONAGH. Im Verlaufe einer durch sonstige recht schwere Erscheinungen charakterisierten Infektion lösten sich wenige Monate nach dem Beginn der Erkrankung sämtliche Nägel an den Fingern und Zehen ab und wurden durch neue, weiche, gefurchte und verbogene, leicht splitternde Nägel ersetzt.

Fall von Elephantiasis der Lippe, von J. H. SEQUEIRA. Im Anschluß an eine erysipelatöse Entzündung ist die Unterlippe bei dem 17jährigen Mädchen seit vier Jahren so stark aufgetrieben, daß eine sehr peinliche Entstellung dadurch bedingt wird.

Fall von Adenoma sebaceum (vom PRINGLEschen Typus), von J. H. SEQUEIRA. Betrifft eine 23jährige, intelligente Frau, welche angibt, daß die ersten Läsionen vor 13 Jahren hervortraten.

Electro-Therapeutical Section.

Sitzung vom 20. Januar 1911.

Bemerkungen über die Behandlung von Krebs mittels Röntgenstrahlen und Radium, von J. Hall-Edwards. Nach seinen 12jährigen Erfahrungen mit der Röntgenbehandlung der Krebse kommt Redner zu dem Resultat, daſs diese Methode sowie auch die in geringerem Umfang von ihm geübte Radiumbehandlung ganz unbestritten Erfolge aufzuweisen hat, wie er an einigen in ihren Hauptmomenten angeführten Fällen nachweist. Es darf bei der Beurteilung der bisherigen Resultate nicht vergessen werden, daſs namentlich in den ersten Jahren der Anwendung der Röntgenstrahlen bei den meisten Patienten tatsächlich derartig verschleppte Prozesse vorlagen, daſs ein Erfolg überhaupt nicht mehr zu erwarten war. Auch ist in den letzten Jahren erst eine einigermaſsen genau kontrollierbare Dosierung möglich. Verfasser schildert die von ihm geübten Applikationsmethoden und weist auch auf einige mit Radium erzielte schöne Erfolge hin. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

The Journal of cutaneous Diseases including Syphilis.

März 1911.

Infektiöse ekzematöse Dermatitis als mögliche Folge einer Anaphylaxis bei Hautreaktionen, von John A. Fordyce - New York. F. hat eine groſse Zahl Fälle von Dermatitis gesehen und war erstaunt, zu beobachten, wie häufig dieselbe, meist als Ekzema diagnostiziert, als Folge eines vorhergegangenen Traumas oder einer anderen infektiösen Hautaffektion, wie Absceſs, Furunkel, Intertrigo auftrat; mit anderen Worten: der Prozentsatz der Ekzeme, welchen kein anderer pathologischer Zustand vorhergegangen ist, scheint der geringere zu sein. Von dem Allgemeinbegriff Ekzema möchte F. mit Engman die von demselben im Jahre 1902 beschriebene infektiöse ekzematoide Dermatitis abgetrennt wissen, welche durch Reizung vorhergehender, oben angeführter Infektionszustände entstehen und die verschiedensten Formen der Hauteruptionen, wie trockene, schuppende oder ausgedehnte nässende Herde, oder eine Kombination trockener Schuppen mit feuchten und krustösen Veränderungen und gelegentlichen papillomatösen Wucherungen annehmen kann. Zuweilen ist das Bild eines akuten Bläschenekzems vorhanden und kann nicht von den gewöhnlichen Ekzemformen, die man irgend einer inneren Störung zugeschrieben hat, unterschieden werden. Diese Form von Dermatitis ruft in der Mehrzahl der Fälle kein so intensives Juckgefühl hervor, wie das sogenannte idiopathische Ekzema. Bei allen oder den meisten Formen dieser Dermatitis hat dieselbe ausgesprochen autoinokulablen Charakter und zieht sich daher oft monate- oder jahrelang hin. Zuweilen entsteht die Dermatitis weit entfernt vom primären Infektionsherd und kann nicht durch Autoinokulation oder direkte Übertragung der reizenden Substanz erklärt werden; hier könnte die moderne serologische Forschung zur Erklärung beihelfen, da möglicherweise Veränderungen im Blutserum, welche durch eine sehr ausgedehnte Oberflächeninfektion hervorgerufen worden sind, bei dem Auftreten der Eruption an entfernten Körperstellen eine Rolle spielen. Es ist aber nicht unmöglich, daſs auch zuweilen eine angeborene Überempfindlichkeit vorhanden ist. Diese leichte Reizbarkeit, ob angeboren oder erworben, beruht nun nach den Forschungen der modernen Experimentalpathologie auf Anwesenheit einer speziell reizenden Substanz im Blute. Diese Kenntnisse auf das Gebiet der Hautkrankheiten übertragen, würde die Ätiologie mancher Formen derselben, wie schlimm verlaufender Fälle von Erythema multiforme mit Blasenbildung an der Haut sowie Schleimhäuten oder reiner Blaseneruptionen, die mit Coma und Tod enden, einigermaſsen aufklären.

Ein Fall von Framboesie, von Charles J. White und Ernest E. Tyzzer-Boston. Es handelte sich um einen 20jährigen Matrosen, bei dem im ganzen vier vereinzelte warzige Hautgeschwülste vorhanden waren, wovon die gröfste (2:2$^1/_2$ cm) am Metacarpo-phalangeal-Gelenk des rechten Daumens safs, etwa vier Wochen zurückdatierte, eine weitere (5:7 mm) an der Oberlippe, die dritte über dem zweiten Phalangealgelenk des rechten Ringfingers und eine vierte, die älteste, etwa zwei Monate zurückreichende, an der Aufsenfläche des linken Vorderarms gerade unterhalb des Ellenbogens safs. Letztere wurde zur genaueren Untersuchung excidiert. Was immer auch die klinischen Zweifel sein mögen, so zeigt der histologische Befund, dafs es sich hier nicht um Blastomykosis, Tuberkulose, Lepra oder Syphilis handeln kann, sondern nach den pathologischen Einzelheiten ergibt sich ein typisches Granuloma, das ausgesprochen akanthotische und hyperkeratotische Epidermis an der Oberfläche trägt; zudem wurde in einer Drüse eine feine Spirochäte, mit Castellanis Spirochaeta pertenuis zu vergleichen, gefunden, um die Diagnose Framboesia oder Yaws zu bekräftigen. Durch Überimpfungen auf Affen gelang es auch, die Affektion zu reproduzieren; nach einer Inkubationsperiode von 16 Tagen traten an den Impfstellen (Augenbrauen) Veränderungen auf, die den am Menschen beobachteten ganz ähnlich waren; die Impfresultate schienen mit den von Castellani an Affen erzielten völlig übereinzustimmen.

Mykosis fungoides beim Neger, von E. R. Strobel-Baltimore und H. H. Hazen-Washington. Im Anschlufs an zwei selbst beobachtete Fälle, welche eine weibliche Patientin im Alter von 51 und einen männlichen im Alter von 30 Jahren betrafen, kommen Verfasser zu folgenden Ergebnissen. Mykosis fungoides gehört zu einer Gruppe nahe verwandter myeloider und lymphoider Zustände und sollte als Lymphoma der Haut bezeichnet werden. Diese Affektionen haben wahrscheinlich eine gemeinsame ätiologische Ursache, möglicherweise einen Mikroorganismus und können in dieser Beziehung den infektiösen Granulomen zugezählt werden. Hodgkins Krankheit oder Leukämie mit Hautknoten, Lepra, multiple Sarkome oder Ekzema mit gleichzeitig vorhandenen Tumoren können fälschlicherweise als Mykosis fungoides diagnostiziert werden. Wie von Crocker und Whitfield schon hervorgehoben und auch in einem der vorliegenden Fälle bewiesen, kann die erste Erscheinung der Mykosis fungoides eine Papel sein; die prämykotischen Veränderungen haben ein ausgesprochen pathologisches Bild, wobei eine exakte Diagnose stets gemacht werden und die scheinbar normale Haut charakteristische Zellanhäufungen zeigen kann. Ein charakteristisches Blutbild ist nicht vorhanden, wenn auch oft sekundäre Anämie mäfsigen Grades, Leukocytosis wechselnder Art und Zunahme der grofsen einkernigen und eosinophilen Zellen. X-Strahlen und Coleys Serum sollten bei der Behandlung versucht werden. Die Krankheit ist bei den Negern selten, indem die vorliegenden Fälle die einzigen sind, welche bis jetzt veröffentlicht worden sind.

Die Sonnenstrahlen als ätiologischer Faktor der Alopecie, von George F. Harding-Boston. H. hat in den letzten vier Jahren 312 Fälle gesehen, welche junge Leute beiderlei Geschlechts im Alter von 12—20 Jahren betreffend, alle dieselben Erscheinungen von Haarverlust zeigten und alle ein Jahr hindurch oder länger ohne Kopfbedeckung im Freien sich aufgehalten hatten. Es waren 198 männliche und 114 weibliche Individuen; die geringere Zahl der letzteren hängt wohl damit zusammen, dafs Knaben eher ohne Hüte gehen wie Mädchen, und die längeren Haare der letzteren mehr Schutz bieten. 257 der Beobachteten brachten ihren Sommer an der Seeküste zu und bei diesen waren die Symptome ausgeprägter. Ein grofser Prozentsatz, 293, war blond, was vielleicht Zufall, aber auch mit der alten Theorie zu erklären wäre, dafs Menschen und Tiere mit schwarzen Haaren und Haut gegen

Sonnenstrahlen weniger empfindlich sind wie blonde. X-Strahlen haben bekanntlich auf die Haare (bei längerer Einwirkung) ähnlichen Einfluſs wie die Sonnenstrahlen. H. sah übrigens meist gute Resultate, wenn sein Rat, in der Sonne den Kopf irgendwie zu bedecken, befolgt wurde. Von der Richtigkeit seiner Theorie völlig überzeugt, möchte er hiermit zu weiterer bezüglicher Forschung anregen. *Stern-München.*

Bulletin de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Sitzung vom 5. Januar 1911.

Neues über die lokale Abortivbehandlung der Syphilis durch subcutane Injektionen von Hectine, von H. Hallopeau. H. verteidigt gegen verschiedene Einwürfe seine Abortivbehandlung, die absolut sicher sein soll und nach einmonatlicher Krankheit dem Syphilitiker die Ehe gestattet.

Zwei Syphilisfälle mit Salvarsan behandelt, von L. Brocq und Le Blaye. Ein 16jähriges Mädchen mit ausgedehnten syphilitischen Ulcerationen in der Genitalregion, die sich auf 4 Hg-Spritzen und 15 Einreibungen verschlechtert hatten, wurde durch 0,3 Salvarsan in einer Woche bedeutend gebessert.

Eine 50jährige Frau mit maligner Syphilis erhielt 0,6 Salvarsan, worauf sich ihr Zustand besserte. 13 Tage nach der Injektion bekam sie eine rechtsseitige Hemiplegie, deren Verlauf gegen eine syphilitische Ätiologie sprach. Verfasser besprechen die Möglichkeiten des Ursprungs der Hemiplegie und können sich des Eindrucks nicht enthalten, daſs diese mit Salvarsan in einem Zusammenhange stehe.

Lebedde berichtet ebenfalls über einen ausgezeichneten Erfolg mit Salvarsan, läſst aber die groſsen Dosen nur im primären Stadium gelten, während bei fortgeschrittenem Verlaufe kleine anzuwenden sind.

Balzer befürwortet die wiederholte Verabreichung kleiner Dosen.

Anwendung von Salvarsan bei nervösen Störungen im Verlaufe der Syphilis und bei Parasyphilis, von Marie. M. hat bei 13 Patienten mit verschiedenen Nervenkrankheiten Salvarsan intramuskulär injiziert. Die Reaktionserscheinungen waren die gewöhnlichen, Arsen verschwand am elften Tage aus dem Harne und Wassermann wurde sechsmal vermindert. Bei zwei Kranken verschwand das Argyll-Robertsonsche Phänomen.

Syphilitische Ostitis der Stirn, von M. Sée. Bei einer hereditär-luetischen Frau fanden sich zwei gröſsere Knochennekrosen an der Stirn. Durch Jod, Hg und schlieſslich Hektine wurde der Zustand soweit gebessert, daſs nach etwa sieben Monaten ein dreieckiger Sequester (6 : 5 : 4,5) entfernt werden konnte.

Zwei extragenitale Primäraffekte, von Gaucher, Lévy-Franckel und Dubose. Eine Sklerose am rechten Deltoideus und eine vor dem linken Ohre. Die letztere Patientin ist schwerhörig und muſs ihr Ohr dem Sprechenden stark nähern, so daſs eine Infektion durch Sputum wahrscheinlich ist.

Purpura und Polyneuritis, von Gaucher, Gougerot nnd Dubose. Bei einer 37jährigen Patientin entwickelte sich eine typische alkoholische Neuritis der Extremitäten und eine Purpura, welche auf den Unterextremitäten und auf der Streckseite der Oberextremitäten lokalisiert war.

Wiederholter Zoster uud Immunität, von Gougerot und H. Salin. Verfasser fordern zu einer Sammlung der Fälle von wiederholtem Zoster auf, damit die Frage der Immunität genauer erforscht werde.

Dermatitis ulcerosa vegetans als Gewerbeschädigung durch Schwefelsäure, von Gaucher und Gougerot. Ein 23jähriger Patient, der wegen eines syphilitischen Primäraffektes ärztliche Hilfe suchte, war zehn Wochen vorher im Berufe

mit Schwefelsäure bespritzt worden. Die meisten Ulcerationen waren mit Hinterlassung von scharf umschriebenen, weichen, gefältelten Narben mit dunklem Rande und lichterem Zentrum abgeheilt. Nur eine heilte nicht, zeigte livide, atonische Ränder; auf der derben, infiltrierten Basis erhob sich ein pilzartiger, roter, überhängender, mamelonnierter Knoten. Nach Angabe des Patienten kommt diese Affektion bei den Arbeitern desselben Betriebes sehr häufig vor.

Tumorartige Xanthome bei einem kleinen Kinde, von W. Dubreuilh. Bei einem dreimonatlichen Säugling entwickelten sich rasch zahlreiche scharf umschriebene, bewegliche, gelblichrote Knoten auf dem Kopfe, der Brust und den Beinen. Klinisch und mikroskopisch wurde die Diagnose Sarkom gestellt. Therapie bestand in Exzision und Bestrahlung. Die glatte Heilung und genauere mikroskopische Untersuchung führten schliefslich zur Diagnose Xanthom.

Sarcopsylla penetrans, von L. Brodier. Demonstration von Weibchen dieses Insektes, das den französischen Kongo heimsucht.

Untersuchungen über die Lokalbehandlung des syphilitischen Schankers, von Fage und Le Blaye. Neben der Allgemeinbehandlung soll auch der Primäraffekt lokal durch Einspritzungen eines Antisyphilitikums behandelt werden, da hierdurch sein Bestand abgekürzt wird. Am besten eignet sich dafür Hektine.

Atypisches gummöses Geschwür infolge hereditärer Syphilis, von Gaucher und Guggenheim. Ein 18jähriger Patient hatte an der Vorhaut ein sichelförmiges, stark eitrig belegtes Geschwür mit gewulstetem Rande. Er zeigte verschiedene Merkmale von Erbsyphilis: Asymmetrie des Gesichtes, Taubheit, interstitielle Keratitis, Hutchinsonsche Zähne usw. Wassermann war positiv. Heilung durch Hg.

Pelade und Syphilis, von Milian. Eine grofse Anzahl von Peladefällen steht mit der Syphilis in ursächlichem Zusammenhange. Besonders ist es eine Form, charakterisiert durch münzenförmige Herde im Barte, die durch spezifische Therapie günstig beeinflufst wird. Sie kommt bei florider Lues gleichzeitig mit Nagelerkrankungen vor. Eine andere der Area Celsi ähnliche Form kommt besonders bei Parasyphilitikern vor. Ein 24jähriger Mann, dessen Vater Syphilis zugab, war völlig kahl, ohne andere Zeichen von Erbsyphilis. Auf Injektion von Salvarsan begannen nach drei Wochen Haare zu wachsen.

Jacquet meint, dafs die Pelade nur indirekt durch Syphilis hervorgerufen wird.

Grofser papillärer Pigmentnaevus, von Georges Thibierge, R. J. Weissenbach und A. Feil. Ein 37jähriger Mann hatte über den ganzen Körper verstreut zahlreiche braune, weiche Knoten der Haut. Aufserdem bestand ein papillärer Naevus, der fast den ganzen Rücken einnahm. In diesem hatte sich vor zwei Jahren ein Tumor gebildet, der trotz wiederholter Exzision und Röntgenbestrahlung stets rezidivierte. Histologisch fand sich der Bau eines Naevuscarcinoms.

Richard Frühwald-Leipzig.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Heft 12. Dezember 1910.

Familiäre Pityriasis rubra pilaris, von De Beurmann, Bith und Heyer. Die Verfasser beschreiben typische Fälle dieser Dermatose, die Geschwister, zwei Brüder und zwei Schwestern, betrafen. Nach deren Angaben soll der Vater öfters an Rötung und Abschuppung der Haut gelitten haben, sollen ferner zwei Vettern von derselben Krankheit befallen sein. Die Verfasser heben die Wichtigkeit des bislang noch nicht erhobenen Befundes des familiären Vorkommens der Pityriasis rubra pilaris hervor. In dieser Familiarität sowie in dem Umstande, dafs die Affektion

im Winter exacerbiert, ferner bei einer Patientin durch eine Gravidität verschlimmert wurde und in der positiven intradermalen Tuberkulinreaktion sehen sie eine gewichtige Stütze für die tuberkulöse Ätiologie dieser Dermatose. Dazu kommen noch klinische und anamnestische, auf Tuberkulose hinweisende Zeichen bei den Patienten wie in der Ascendenz.

Behandlung der Syphilis mit Salvarsan, von V. Zaroubine. Bei aller Wertschätzung der Ehrlichschen Entdeckung darf man nicht vergessen, dafs die Grundsteinlegung für ein Gebäude nicht identisch mit dessen Vollendung ist. Es kann also ein endgültiges Urteil über das neue Mittel erst nach jahrelanger Arbeit und Beobachtung gefällt werden, wenn die zahlreichen noch offenen Fragen (Toxicität, Radikalheilung usw.) beantwortet sind. Vorläufig hat Salvarsan ausgezeichnete Resultate geliefert, aber nicht alle Hoffnungen erfüllt, so dafs die bisherigen Syphilismittel noch nicht verdrängt werden dürfen.

Verengerung der Tränenwege und ihre Komplikation bei Leprösen, von J. Chaillous. Bei drei Kranken mit Lepra der Nasenhöhle zeigten sich Erscheinungen der Verengerung des Tränennasenganges. Bei einem bestand nur Tränenträufeln, bei den zwei anderen folgte Dakryocystitis, Dilatation und Abszedierung des Tränensackes. Die histologische und bakteriologische Untersuchung zeigte, dafs die Affektion sekundärer Natur und nicht direkt durch den Leprabacillus verursacht war.

Heft 1. Januar 1911.

Ein Fall unter der Geburt erworbener Syphilis, von Paul Haslund. Ein fünf Wochen alter Säugling zeigte unter den linken Augenlidern und der Wange sieben runde und ovale, bis bohnengrofse, scharf umschriebene Geschwüre, die mit einer graugrünen Kruste bedeckt waren. Der Grund war glatt, glänzend, serös absondernd. Am Halse bestand derbe Drüsenschwellung, Wassermann war negativ. Im Laufe der Zeit trat Coryza auf und wurde Wassermann positiv, worauf eine Hg-Kur eingeleitet wurde, die die Erscheinungen zur Abheilung brachte. Die Mutter hatte Roseola, Papeln im Gesicht, auf den Händen und Füfsen und Leukoderm. Der Vater, ohne floride Erscheinungen, gab eine vor vier Jahren erfolgte Infektion zu. H. betrachtet die Geschwüre als Primäraffekte, die Syphilis wurde unter der Geburt akquiriert an den Stellen, wo durch Anlegen der Zange eine Hautläsion gesetzt worden war. Kurzer Überblick über den heutigen Stand der Frage von der hereditären Syphilis.

Studie über Ätiologie, Pathogenese und Therapie der professionellen Hautentzündung der Hände, von Lucien Jacquet und P. Jourdanet. Zwei Faktoren spielen die Hauptrolle in der Ätiologie der Gewerbeekzeme: eine äufsere Ursache und eine innere, welche den Boden für erstere ebnet. Diese letzteren sind aber kaum genau präzisiert und deshalb machen sie die Autoren zum Gegenstande ihres Studiums. Von 27 Kranken wiesen 22 schwere Fehler in der Hygiene der Nahrungsaufnahme auf. Es waren Vielesser, Vieltrinker, Raschesser, solche mit schlechten Zähnen usw. Die Leute erhielten ein Regime vorgeschrieben, dessen wichtigste Punkte waren: Langsam essen (3/4 Stunde für jede Mahlzeit), Vermeidung von Gewürzen, Fischen, Selchwaren, Alkohol usw., sorgfältiges Kauen. Dieses Regime brachte in allen Fällen, in denen es befolgt wurde, Heilung, sei es mit Lokalbehandlung und Vermeidung der äufseren Schädlichkeit, sei es ohne dieselben. Diese Fälle in der Hygiene der Nahrungsaufnahme wirken aber nicht nur durch die resultierenden Verdauungsstörungen, sondern direkt auf die Haut. Vor allem ist es das Raschessen und die damit zusammenhängende Überanstrengung des Magens, das auf das Zentralnervensystem und den Sympathicus als pathologischer Reiz wirkt. Mit diesem Reize könne aber noch solche von anderen Organen (Nervensystem, Geschlechtsorgane usw.) konkomittieren.

Zum Schlusse bringen die Verfasser die entsprechenden Krankengeschichten und weisen nochmals auf die Wichtigkeit der erwähnten Diätfehler hin.

Einfluſs verschiedener Antisyphilitika (Sublimat, Kalomel, Salvarsan) auf die Phagocytose, von Edouard Neuber. Ausgehend von der Tatsache, daſs durch Antisyphylitika nach einer Hypoleukocytose eine Hyperleukocytose hervorgerufen wird, versuchte der Verfasser den Einfluſs dieser Mittel auf die phagocytäre Kraft der Leukocyten festzustellen. Er injizierte Kaninchen verschieden groſse Dosen von Sublimat, Kalomel und Salvarsan, entnahm ihnen in der Zeit von vier bis acht Tagen p. i. in bekannten Abständen Blut und bestimmte die Phagocytose gegen Staphylokokken. Gleichzeitig geschah dasselbe mit einem Kontrolltiere. Er fand, daſs hohe Dosen Sublimat und Kalomel die Phagocytose abschwächten, während Salvarsan sie fast unbeeinfluſst lieſs. Mittlere und kleine Mengen aller drei Mittel übten einen günstigen Einfluſs auf die Phagocytose aus.

Februar 1911.

Neue Untersuchungen über die Ätiologie der Pelade, von R. Sabouraud. Unter den verschiedenen Faktoren, welche in der Ätiologie der Pelade eine Rolle spielen, findet die Heredität keine groſse Beachtung. Deshalb hat S. bei 81 Patienten seiner Klientel Nachforschungen gepflogen und bei 18 (22%) positive Angaben bezüglich des familiären Vorkommens dieser Affektion erhoben. Das Leiden kann in direkter und indirekter, aufsteigender, absteigender und kollateraler Linie vorkommen und zwar gewöhnlich von der väterlichen Seite her. Häufige Angaben über Todesfälle an Krämpfen und Meningitis lassen den Verdacht auf Tuberkulose oder Syphilis in der Familie aufkommen. Bei einigen war letztere sogar erwiesen. Doch will der Autor daraus keine Schlüsse ziehen.

Der Einfluſs der Eltern bei der Erbsyphilis, von Carle-Lyon. Bericht über ein drei Monate altes Kind, das mit einem pustulösen Exanthem behaftet war, welches als harmlos angesehen wurde. Nach einiger Zeit traten typische syphilitische Erscheinungen im Munde und am After auf, die durch eine spezifische Kur rasch beseitigt wurden. Der Vater gab eine etwa 1½ Jahre alte, schlecht behandelte Syphilis zu, die Mutter erschien bei wiederholter Untersuchung frei, doch war Wassermann positiv. Nach einem halben Jahre erschien ein typisches circinnäres Syphilid am linken groſsen Labium. Im Anschlusse daran wendet sich C. gegen eine Arbeit von Monnier, in der in 85% der Fälle die Schuld an einer hereditären Syphilis dem Vater zugeschrieben wird. Die angeführten Beispiele seien nicht beweisend, da einerseits nur eine monatelang fortgesetzte minutiöse Untersuchung der Mutter deren Freisein von Syphilis beweisen könnte und andererseits das Gewichtsverhältnis zwischen Fötus und Placenta keine für Syphilis absolut charakteristische Formel habe. Hierauf begründet der Autor seine Anschauungen über tardial-hereditäre Syphilis, daſs nämlich einerseits die „Lues hered. tarda“ nur die Tertiärform einer verkannten oder übersehenen Sekundärlues ist und daſs andererseits ein groſser Teil der unter dieser Flagge gehenden Fälle in frühester Kindheit erworbene Syphilis darstellt. Zum Schlusse hebt er nochmals die Notwendigkeit einer eingehenden, lange dauernden Untersuchung vor einer Entscheidung bezüglich der Heredität einer Syphilis hervor. Wenn diese Vorsichtsmaſsregeln stets beobachtet werden, wird man schlieſslich zur Überzeugung kommen, daſs die Mutter an der Syphilis ihres Kindes vorwiegend oder allein beteiligt ist.

Tuberkulöses Geschwür am rechten Nasenloche, von Georges Thibierge und K. J. Weissenbach. Bei einem 54jährigen Patienten war vor sechs Jahren eine Rötung der Nase aufgetreten, zu der sich vor einem Jahre eine Ulceration gesellte, die weiter griff und jetzt das ganze rechte Nasenloch und einen Teil der Oberlippe

einnimmt. Der Rand des Geschwüres ist unregelmäfsig, wie eingerollt, livid verfärbt, der Grund uneben, mit Wucherungen versehen und mit Eiter bedeckt. Das Aussehen des Randes und des Grundes sowie Fehlen der Infiltration liefsen Syphilis und Epitheliom ausschliefsen und die Diagnose auf Tuberkulose stellen, die auch durch die histologische Struktur und den Bazillennachweis bestätigt wurde.

Lähmung der „Arrectores pilorum" bei blauen Flecken, von CH. AUDRY. Bei einer Patientin mit Tâches bleues trat bei Entblöfsung regelmäfsig starke Gänsehaut auf, wobei aber die blauen Flecke völlig glatt blieben. Auch nachdem diese verschwunden waren, konnte die Lähmung der „Arrectores" noch nachgewiesen werden.

Reduktion von Hg bijod. im Gewebe, von E. PELLIER. Bei einem Tabetiker, der 20 Injektionen von Hg bijod. erhalten hatte, bildete sich an der rechten Hinterbacke ein Tumor, der reichlich Eiter entleerte. In diesem wurde metallisches Quecksilber nachgewiesen. Bei den komplizierten Absorptionsverhältnissen des Hg hält P. die Injektion löslicher Salze für besser.

Behandlung der Leukoplakie mittels des elektrischen Funkens, von E. CONSTANTIN. Der leukoplakische Herd wird anästhesiert und dann durch höchstens eine Minute mittels einer besonders konstruierten Elektrode fulguriert. Es bildet sich ein Schorf, der nach drei bis vier Tagen abfällt, worauf rasch Heilung eintritt. C. hat ausgezeichnete Erfolge mit dieser Methode gehabt.

Richard Frühwald-Leipzig.

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. *Syphilis.*

Ein Besteck für subcutane und intramuskuläre Injektionen von Salvarsan, von G. KREBS-Leipzig. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 48.) Das Besteck enthält alle zu obigem Zwecke nötigen Utensilien und ist von C. G. Heynemann in Leipzig, Elsterstrafse, zu beziehen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Technik der intramuskulären und intravenösen Injektionen von Salvarsan, von PAUL RAVAUT. (*Presse méd.* 1910. Nr. 104.) Für intramuskuläre Injektion benutzt R. die neutrale Suspension und für intravenöse die alkalische Lösung. Die technischen Vorschriften des Verfassers weichen kaum von den allgemein üblichen ab.

Gunsett-Strafsburg.

Zur Technik der intravenösen Salvarsaninjektion, von HANS ASSMY-Berlin. (*Med. Klinik.* 1910. Nr. 48.) Die Abweichungen von der SCHREIBERschen Methode bestehen in Benutzung einer geraden Kanüle, ähnlich der STRAUSSschen, und Zwischenschaltung eines elastischen Gummiendes zwischen Kanüle und Spritze. Die Injektion kann so ohne Assistenz ausgeführt werden. Noch mehr wird die Benutzung von zwei Trichtern mit Gummischläuchen, die an einem Zweiweghahn zusammenlaufen, empfohlen. (Injektionsbesteck zu beziehen durch Louis & H. Loewenstein, Berlin.)

Arthur Schucht-Danzig.

Über intravenöse Infusion des Salvarsan, ihre Technik und ihren Wert, von T. HAUSMANN-Tula. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 48.) Nach H.s Meinung verdient die intravenöse Applikationsmethode entschieden den Vorzug vor der intramuskulären und der subcutanen. Als Vorzüge derselben sind zu nennen: die Schmerzlosigkeit, die gröfsere Einfachheit der Herstellung der Lösung und die exakte Dosie-

rung der in Wirksamkeit tretenden Menge des Heilmittels. Allerdings ist dabei eine ganz exakte Asepsis erforderlich und Beherrschung der Technik, was ja bei sonstigen Veneninfusionen ebenfalls gilt. Verfasser kann sich aber rühmen, mehrere Hunderte von Veneninjektionen verschiedener Art gegeben zu haben, ohne jemals einen Unfall zu erleben. Für die Verabreichung des Salvarsans bedient er sich des GRAWITZschen Apparates, allenfalls auch eines beliebigen Glastrichters. Sehr praktisch erscheint ein kleiner von ihm konstruierter Halter aus Metall zur Verbindung der Hohlnadel mit dem Zuleitungsschlauche. Derselbe ist von der Firma E. Leitz in Berlin zu beziehen. Zur Herstellung der Lösung schüttet H. das Pulver in kleinen Portionen unter Zusatz von heifsem Wasser in einen graduierten Zylinder unter stetem Verrühren mit einem Glasstabe und setzt nicht eher eine frische Portion des Pulvers zu, als bis das vorige ganz gelöst ist. Nach vollendeter Lösung gibt man tropfenweise Normalnatronlauge zu, was so lange fortgesetzt wird, bis der anfangs entstehende Niederschlag sich vollständig wieder gelöst hat. Im ganzen sind auf 0,1 Salvarsan an Normalnatronlauge 1,0 nötig. Alsdann wird diese Lösung mit physiologischer Kochsalzlösung (0,9%) von 40° C Temperatur aufgefüllt, wobei von dieser 75 ccm auf je 0,1 Salvarsan gerechnet werden. Die sonstigen genauer dargelegten Einzelheiten der Infusion dürfen als bekannt vorausgesetzt werden. Verfasser hat allerdings erst 17 Patienten intravenös behandelt; er rühmt aber die relative Geringfügigkeit der dabei entstehenden Störungen und die geradezu roborierende Wirkung. Auch beruft er sich auf eine ihm zugegangene briefliche Mitteilung EHRLICHS, der diese Anwendungsweise an erste Stelle setzt. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Zur Technik der intravenösen Injektion, von E. MEIROWSKY-Cöln a. Rh. (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 2.) Nach M.s Angaben hat die Firma Neumann & Co. in Cöln feine Troikarts in drei verschiedenen Stärken hergestellt, mit denen an Stelle der sonst verwendeten Kanüle die endovenöse Injektion unter sicherer Vermeidung einer schädlichen Verletzung der Venenwand auszuführen ist.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Zur Technik der intravenösen Injektion von Salvarsan, von WILLY BRAUSS-Dortmund. (*Med. Klinik.* 1911. Nr. 5.) Die Vene wird durch einen 2 cm langen Hautschnitt freigelegt; im übrigen enthält die Mitteilung nichts wesentlich Neues.

Arthur Schucht-Danzig.

Unsere Technik der intravenösen Salvarsaninjektion, von A. STÜHMER-Magdeburg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 5.) Auf der SCHREIBERschen Abteilung im Magdeburger Krankenhaus ist die endovenöse Injektion des Salvarsans ausgiebig erprobt, und Verfasser kann mit Befriedigung darauf hinweisen, dafs unter 1300 Injektionen nur dreimal eine Störung eingetreten ist; die letzten 800 Einspritzungen bilden eine ununterbrochene Reihe von glattem Verlauf. Die hier dargelegte Technik ermöglicht es, dem Arzte auch ohne irgendwelche weitere Assistenz die kleine Operation durchzuführen. Als praktische Hilfsmittel sind hier besprochen und abgebildet ein Gestell zur Aufnahme der Injektionslösung nebst der physiologischen Kochsalzlösung sowie eine ganz aus Glas hergestellte Spritzenpipette für die Natronlauge. Auch empfiehlt ST. statt der winklig abgebogenenen Kanüle eine solche von mehr S-förmiger Gestalt, da diese sich leichter reinigen läfst und auch sich gut in die Vene einzuführen gestattet. Die ausführlichen Details mögen in dem klar und anschaulich geschriebenen Original nachgelesen werden. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Zur Umfrage über die Massage unmittelbar nach Injektion des Salvarsans, von ANT. TRYB. (*Wien. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 5.) Bei allen Fällen, die an UNNAS Klinik injiziert wurden, bediente man sich bisher immer einer leichten, rücksichtsvollen Massage mit dem besten Erfolge. *Schourp-Danzig.*

Eine einfache Methode zur Herstellung von Emulsionen des Salvarsans, von S. JESSNER-Königsberg i. Pr. (*Med. Klinik.* 1910. Nr. 49.) In einem Mörser wird die Salvarsanmenge fein verrieben, dann die vierfache Menge einer sterilen, gesättigten (ca. 8%igeu) Natrium bicarbonicum-Lösung übergegossen. Aufbrausen der Mischung unter CO_2-Entwicklung. Bei weiterem Reiben entsteht eine feine Emulsion, neutral oder spurweise alkalisch. Auffüllen physiologischer Kochsalzlösung in fünffacher Menge des Heilmittels. Die Emulsion hält sich tagelang.

Arthur Schucht-Danzig.

Die Anwendung des Salvarsans bei Nervenkrankheiten, von JANISCHEWSKI. (*Therapeutische Rundschau* [russisch]. 1911. Nr. 2.) In 20 Fällen von Nervenkrankheiten, teils luetischer, teils auch nicht luetischer Natur, hat J. das Salvarsan injiziert. Es handelte sich um Fälle von Tabes dorsalis, von Tabes und progressiver Paralyse, Hemiparesis cerebralis (Endarteritis syphilitica), Paralysis pseudo bulbaris (Endarteritis syphilitica), Meningitis basilaris syphilitica, Meningitis cerebro-spinalis syphilitica, Meningitis basilaris syphilitica, Lues cerebri und Epilepsia corticalis. Das Ergebnis einer, teilweise auch zweier Injektionen, die meist intramuskulär, bzw. subcutan, nur dreimal intravenös vorgenommen wurden und achtmal reaktionslos verliefen, in den übrigen Fällen die üblichen Nebenerscheinungen hervorriefen, war folgendes: In allen Fällen liefs sich eine gehobene Stimmung und eine Besserung des Allgemeinbefindens konstatieren, besonders bei einem Kranken mit Tabo-Paralyse. Desgleichen hob sich bei allen der Appetit und das Gewicht. Die Krankheitserscheinungen blieben in den veralteten Fällen von Hemiparesis cerebralis, Paralysis pseudobulbaris, wie auch im Fall von Basilarmeningitis unverändert. Grofse Besserungen wurden erzielt bei Lues cerebri, wie im Fall von corticaler Epilepsie luetischen Ursprungs, ferner Herabsetzung der lanzinierenden Schmerzen bei Tabes, Besserung des Gedächtnisses, wie der Rede bei progressiver Paralyse. Kurz J. sah durch Salvarsan Erfolge, die er durch Hg und J. nicht erhielt, ob sie aber für die Dauer sind, wagt er noch nicht zu entscheiden.

Arthur Jordan-Moskau.

Die Salvarsanbehandlung bei syphilitischen Erkrankungen des Nervensystems, von H. MARCUS-Stockholm. (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 2.) Verfasser schildert elf Fälle von Erkrankungen des Zentralnervensystems auf syphilitischer Basis, bei denen Salvarsan angewandt wurde. Es ist dabei zu betonen, dafs ein irgendwie abschliefsendes Urteil zurzeit unmöglich ist; immerhin trat bei mehreren der Patienten eine ganz entschiedene Besserung hervor, so dafs ein weiteres Versuchen bei nicht allzuweit vorgeschrittenen Prozessen zum mindesten als gerechtfertigt zu bezeichnen ist. Allerdings sind fünf Patienten nach der Salvarsanbehandlung gestorben, doch kann ihr Tod kaum dem Medikament zur Last gelegt werden. Als Todesursachen werden angegeben: zweimal Gehirnblutung, einmal Gliom des Gehirns, einmal Unfall und einmal chronische Cystititis, Pyelitis und Diarrhoe. Aufser den hier berichteten Fällen hat Verfasser weitere Beobachtungen ausgeführt. Er neigt dazu, auch fortgeschrittene Fälle von Tabes und allgemeiner Paralyse versuchsweise mit Salvarsan zu behandeln, da die sonstigen therapeutischen Hilfsmittel doch nur minimalen Nutzen unter solchen Umständen gewähren. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Salvarsan bei luetischen Augenerkrankungen, von C. HIRSCH-Prag. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 49.) Dafs Augenleiden an sich keine absolute Kontraindikation für die Anwendung des Salvarsans ausmachen, vielmehr manche derartige Fälle äufserst günstig dadurch beeinflufst werden können, zeigt H. an drei von ihm genau beobachteten Fällen. Alle drei waren zuvor längere Zeit mit den sonstigen antisyphilitischen Mitteln behandelt worden, ohne dafs die pathologischen Vorgänge an den Augen eine irgendwie erhebliche Besserung erfuhren oder auch nur ein Fort-

schreiten der Prozesse verhindert wurde; dagegen änderte sich alsbald das Krankheitsbild nach einer einmaligen intraglutäalen Injektion von 0,5 resp. 0,6 Salvarsan. In dem einen Falle handelte es sich um ein grofses zentrales Skotom an beiden Augen im Verein mit atrophischen Erscheinungen am Opticus; in dem anderen um hochgradige Gefäfswanderkrankung aller Netzhautgefäfse und Atrophie der Papille und im dritten um eine mäfsige Erweiterung und reflektorische Lichtstarre der einen Pupille auf luetischer Basis. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Drei mit Salvarsaninjektion behandelte luetische Augenerkrankungen, von C. Hirsch. (*Fortsch. d. Med.* 1910. Nr. 52.) Bei allen dreien Besserung. Verfasser schliefst aus seinen Beobachtungen, dafs das Mittel, da es, wie gezeigt, auch ein schweres luetisches Sehnervenleiden günstig beeinflusse, fernerhin nicht mehr bei Kranken mit einer Sehnervenerkrankung als kontraindiziert betrachtet werden dürfe. *Haas-Hamburg.*

Experimentelle und klinische Untersuchungen mit dem Salvarsan, unter besonderer Berücksichtigung der Wirkung am Auge, von J. Igersheimer-Halle a. S. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 51.) Die bisher publizierten Erfahrungen über die Wirkung des Salvarsans in bezug auf das Sehorgan haben sichere nachteilige Erscheinungen nicht konstatieren lassen; es liegen sogar schon einzelne Berichte über entschiedene Besserungen von Augenleiden im Anschlufs an die Behandlung vor. Diesem Urteil schliefst sich auch Verfasser auf Grund der an der Hallenser Augenklinik bei einer gröfseren Anzahl Fälle durchgeführten Beobachtungen an. Allerdings sei bei der luetischen Keratitis parenchymatosa, wie er durch einige Krankengeschichten demonstriert, von dem Salvarsan ebensowenig zu erhoffen, wie von den bisher zu Gebote stehenden antisyphilitischen Mitteln. Es mufs dies durch eine spezielle anatomisch-physiologische Eigentümlichkeit der menschlichen Cornea bedingt sein; denn die künstlich erzeugte luetische Keratitis bei Kaninchen heilte bei einer Reihe von diesbezüglichen Versuchen prompt auf Salvarsan ab. Diese Experimente ergaben ferner das interessante Resultat, dafs in dem infizierten Auge die Cornea nachdrücklich das Vorhandensein von Arsen erkennen liefs, während dies an dem anderen, nicht infiziert gewesenen Auge nicht der Fall war. Verfasser schliefst hieraus, dafs das Arsen tatsächlich von den Spirochäten oder von dem syphilitischen Gewebe bei dem Heilungsprozefs chemisch gebunden wird. Ferner hat J. einige Tierversuche vorgenommen, aus denen hervorgeht, dafs auch bei letalen Dosen keine Phenylarsinsäurederivate sich aus der Arsenverbindung des Salvarsans entwickeln, dafs also eine Intoxikation im Sinne der Atoxylvergiftung beim Salvarsan nicht zu erwarten ist. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Salvarsan bei Augensyphilis, von La Pfrweel und Léry. (*Bull. med.* 1911. S. 30.) Gute, aber nichtdauernde Erfolge bei verschiedenen syphilitischen Erkrankungen des Auges. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Neuritis optica als Rezidiv nach Salvarsan, von R. Kowalewski-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 47.) Zwei Monate nach Salvarsanbehandlung tritt als Rezidiv Neuritis nervi optici auf (deszendierende Perineuritis). Schnelle Heilung dieses Symptoms durch Schmierkur. *Arthur Schucht-Danzig.*

Über transitorische Fasererkrankung des Nervus vestibularis bei mit Salvarsan behandelten Kranken, von Oscar Beck-Wien. (*Med. Klinik.* 1910. Nr. 50.) Es wurden vier Fälle von Auftreten merkwürdiger Phänomene am Vestibularapparat von Patienten, welche mit Salvarsan behandelt wurden, beobachtet; es handelte sich um eine isolierte Fasererkrankung des Nervus vestibularis, die die Symptome der akuten, einseitigen Labyrinthausschaltung hervorruft: Totale Taubheit

für Sprache und Stimmgabeltöne, Gleichgewichtsstörungen, intensiver Drehschwindel, Erbrechen, Nystagmus von vestibulärem Charakter zur gesunden Seite. Wenn auch die Lues als solche Vestibularaffektionen hervorzurufen vermag, liegt doch der Gedanke nahe, daſs es sich bei diesen Fällen um analoge Erscheinungen handelt, wie sie durch Arsacetin bei weiſsen Mäusen hervorgerufen wurden. Die Auffassung Ehrlichs, zu welcher Verfasser unabhängig ebenfalls gelangt war, daſs es sich bei der Ausschaltung des N. vestibularis um ein Analogon der Herxheimerschen Reaktion handele, die durch lokale Schwellung ihren Ausdruck findet und daher Nervenschädigungen auszuüben vermag, wird durch die in drei Fällen vorhandene Koincidenz der Vestibulariserkrankung und der Herxheimerschen Reaktion gekräftigt. Die Fälle sind somit als Herxheimersche Reaktion im Oktavusgebiet aufzufassen. Die Ausschaltung ist transitorisch und bietet daher keine Kontraindikation zur Salvarsanbehandlung.

Arthur Schucht-Danzig.

Beobachtungen über das Verhalten des menschlichen Gehörorgans bei mit Salvarsan behandelten Syphilitikern, von O. Beck-Wien. (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 3.) "Non liquet" ist ungefähr das Resultat der Beobachtungen, welche hier ziemlich ausführlich mitgeteilt sind. Allerdings neigt Verfasser offenbar dahin, die nach Salvarsanbehandlung von ihm konstatierten Störungen im Gehörapparat mehr dem Medikament als Ursache der Schädigung zuzuschreiben wie dem syphilitischen Virus. Eine Reaktion nach Analogie des Herxheimerschen Phänomens hält er wenigstens bei gewissen von ihm untersuchten Fällen für ausgeschlossen. Jedenfalls steht für ihn fest, daſs Kranke mit a priori abnormen Gehörorganen, speziell mit Nervenaffektionen, eine Verschlimmerung dieses Leidens durch die Salvarsanbehandlung erfahren können und vielleicht auch in einer groſsen Prozentzahl erfahren müssen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Hörstörungen nach Anwendung von Salvarsan, von Franz Póór-Budapest. (*Gyógyászat.* 1911. Nr. 1.) Verfasser berichtet über einen Fall, der eine 19jährige Dirne, die mit Lues behaftet ist, betrifft. Ihr Seh- und Gehörorgan ist gesund. Wassermann ist skark positiv. Salvarsaninjektion 0,60 (neutral), insgesamt 14 cm in den Glutäus. Vier Wochen später verläſst Patientin — Wassermann positiv — das Spital. Drei Monate später meldet sie sich wieder. Seit einigen Wochen hat sie Schwindelanfälle, zeitweise heftige Kopfschmerzen und verschlimmertes Gehör. Der otologische Befund war: Beide Trommelfelle und Trommelhöhlen gesund. Vorhergegangene pathologische Veränderungen konnten nicht einmal als Spuren entdeckt werden. Rechtes Ohr Flüstern 3—4 m, linkes Ohr etwa 20 cm. W. = rechtsseitig +, R. = linksseitig +. Diagnose: Hypaesthesia acustica luetica sinistra e labyrinthitide. Wassermann war diesmal negativ. Wechselmann sah trochleare Parese nach Salvarsaninjektion 0,30, Spiethoff faciale Parese acht Wochen nach E. 0,45, Kowalewsky Neuritis optica zwei Monate nach der Injektion, als rezidive Lues. Bei einem Falle Fingers trat zwei Monate nach der Injektion oculomotorische Parese, Lähmung des Levator palpebrae superioris und des Rectus internus, auf dem linken Auge Neuritis optica mit positiver Wassermannschen Reaktion auf. In einem anderen Falle stellte sich 3 Monate nach der Injektion, 5½ Monate nach der Infektion, Lähmung des Abducens ein. In drei Fällen neun Wochen nach der Injektion, drei Monate nach der Infektion, beiderseitiges labyrinthäres erschwertes Hören. Rille sah bei einem Falle vier Wochen nach der Injektion eine halbseitige Neuritis des N. vestibularis und des N. cochlearis, 14 Wochen später faciale Lähmung und 15½ Wochen später Sehstörungen mit halbseitiger Stauungspapille. Ob bei dem im Póórs Fall aufgetretenen Hörstörungen es sich um eine Nebenwirkung des Salvarsans, oder um Lues recidiva

handelt, bleibt vorläufig unentschieden. Keinesfalls kann aber FINGERS Bemerkung aufser Beachtung gelassen werden, dafs das Auftreten der cerebralen Affektionen bei rezenter Lues sehr ungewöhnlich ist. *Porosz-Budapest.*

Über die Wirkung des Salvarsans auf die experimentelle Vaccineinfektion bei Kaninchen, von L. H. MARKS. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 50.) Im Institut für experimentelle Therapie in Frankfurt hat M. eine Reihe von Versuchen an Kaninchen ausgeführt, um festzustellen, ob die Injektion von Salvarsan imstande ist, die Wirkung des Vaccinevirus aufzuheben. Der Gang der Untersuchungen war folgender: nachdem ein passendes Gebiet des Rückens mit der Haarmaschine und mit einer dünnen Paste von BRÜNINGschem Enthaarungspulver gründlich von Haaren befreit worden war, erhielt das Tier eine Injektion von Lymphe in physiologischer Kochsalzlösung in die Ohrvene. Wie CALMETTE und GUÉRIN gezeigt haben, entwickeln sich unter solchen Umständen am vierten oder fünften Tage auf der Haut zahlreiche Papeln, die nach weiteren fünf bis sieben Tagen wieder vergehen. Es zeigte sich nun, dafs die Papelbildung präzis verhindert wurde, wenn sofort nach der Impfung eine intravenöse Einspritzung von 0,08—0,1 (pro Kilo) Salvarsan gegeben wurde. Dagegen wurde die Vaccinereaktion nicht aufgehoben, wenn das Salvarsan erst 24 Stunden später gegeben wurde. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Idioneurosen.

Aktinotherapie des Hautjuckens, von G. J. MÜLLER-Berlin. (*Allg. med. Central-Ztg.* 1910. Nr. 21.) Röntgenstrahlungen beseitigen den Juckreiz bei Ekzem, bei Psoriasis — hier oft nach 1/2 E. D. —, bei Lichen simplex Vidal, bei Pruritus vulvae, scroti, ani. *Schourp-Danzig.*

Sekretionsanomalien.

Blutschwitzen bei einer Hysterischen, von ENGE-Lübeck. (*Ztrlbl. f. Nervenheilkunde u. Psychiatrie.* 1910. 21. Band.) Es handelte sich um eine 29jährige schwer hysterische Frau, bei der jedesmal in einem paroxysmatischen Anfall mit kataleptischer Starre und Flexibilitas cerea auf hyperalgetischen Zonen (Stirn, Nase, Wangen, Vorderarm) zahlreiche stecknadelgrofse Blutstropfen erschienen, die nach Wegwischen sich nach kurzer Zeit wieder zeigten. Die Patientin war frei von Stoffwechselstörungen, welche die Hautblutungen erklären konnten, ebenso war jeder absichtliche oder unbeabsichtigte mechanische Insult auszuschliefsen. *Gunsett-Strafsburg.*

Saprophyten und Fremdkörper.

Untersuchungen über Beziehungen der Acari zur Geschwulstätiologie, von E. SAUL-Berlin. Mit drei Tafeln (zehn Abbildungen). (*Centralbl. f. Bakter.* Bd. 55, Heft 4.) Wenn es auch die BORRELschen Untersuchungen waren, welche S. zu eigenen Experimenten über die Entstehung von Geschwülsten durch Milben veranlafsten, so erklärt er doch, dafs aus verschiedenen biologischen Erfahrungen Milben der Gattung Demodex — wie BORREL glaubt — ätiologisch nicht bei Carcinom in Betracht kommen könnten. Dagegen fand S. bei Ovarialcarcinom, bei Sarkomen, Cystomen und Fibromen des Menschen, bei Mäusecarcinom, einem Hundesarkom u. s. f. Milben von der Gattung Tarsonemus. Zu dieser Gattung gehören auch Milbenarten, welche bei Pflanzen Geschwülste hervorrufen (mittels eines Stiches der normalen Pflanzenzelle ein Enzym

einverleibend und dieselbe in eine wuchernde Geschwulstzelle verwandelnd). Für zufällige Verunreinigungen können die bei menschlichen und tierischen Tumoren gefundenen Tarsonemusmilben nicht angesehen werden und S. erklärt sie für verwandt mit den gleichnamigen Milben der Pflanzenpathologie. In der Kasuistik und Epidemiologie der postembryonal erworbenen Geschwülste: Adenom, Carcinom, Sarkom, Fibrom könnte nun keine Erfahrung gegen die Vorstellung streiten, das die Enzyme parasitischer Milben normale menschliche oder tierische Zellen in wuchernde Geschwulstzellen verwandeln, ebenso wie diese Umwandlung eine alte Erfahrung der Pflanzenpathologie ist. Dem Nachweise parasitischer Milben bei Anwendung der üblichen Schnitt- und Färbetechnik stehen allerdings Schwierigkeiten gegenüber, worauf S. in einer späteren Arbeit eingehen wird. *Stern-München.*

Die Krätze, von L. Brocq. (*Bull. méd.* 1910. Nr. 13.) Bei den Hauterscheinungen der Krätze mufs man drei Arten unterscheiden: 1. Solche, die durch die Krätzmilbe selbst veranlafst sind (Milbengänge, Kratzspuren). 2. Erscheinungen durch Infektion mit Eitererregern (Impetigines usw.). 3. Hautkrankheiten, zu denen die Patienten disponiert sind und die durch die Krätze provoziert werden (Urticaria, Psoriasis usw.). Die klassische Therapie des Hôpital S. Louis besteht in Einreibung mit Schwefelsalbe, Schwefelbad und in Frottieren mit Schwefelwasser, um die Gänge aufzureissen. Nachher abermalige Einreibung mit Schwefelsalbe. Impetigines müssen erst durch geeignete Mafsnahmen beseitigt werden. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Die Scabies und ihre Behandlung. (*Giorn. internat. delle science med.* Bd. 32, Heft 2.) Wiedergabe der Arbeit von Brocq im „*Bull. méd.*“, 17. Febr. 1910, mit einer ganzen Reihe von Rezepten. *Haas-Hamburg.*

Perubalsam und Schwefelsalben in der Behandlung der Krätze, von French. (*Journ. of the Royal army med. corps.* Dezbr. 1909. *Ref. the therap. Gazette.* März 1910.) Trotz des hohen Preises des Perubalsams möchte F. es nicht missen und empfiehlt es selbst für Heereszwecke, da er bei Schwefelapplikationen sehr häufig hinterher Dermatitis bzw. Ekzem gesehen hat, das schwieriger zu behandeln war und länger dauerte als die Krätze selbst. *W. Lehmann-Stettin.*

Eine ungewöhnliche Filariaerkrankung. Heilung durch Salvarsan, von V. Reichmann - Jena. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 44.) Einen ganz überraschenden Befund von Parasiten in Pleuraflüssigkeit konstatierte R. bei einem 23-jährigen Strafsenbahnführer. Derselbe war plötzlich erkrankt mit Ödem der Füfse, Schmerzen im Unterleib, Atemnot und anderen Zeichen eines schweren Leidens. Die im weiteren Verlaufe der Beobachtung vorgenommenen Punktion der Pleurahöhle förderte ca. 250 ccm einer leicht milchig getrübten, wässerigen Flüssigkeit zutage. In einigen daraufhin untersuchten Aufstrichpräparaten fanden sich bis zu 17 Stück spirillenförmige Parasiten, von denen die kleinsten nur mit Ölimmersion zu erkennen waren. Von Hartmann und Schilling-Berlin wurden sie als Filaria anerkannt. Patient erhielt eine Injektion von 0,3 Salvarsan, worauf in dem vorher verzweifelten Krankheitsbilde eine Wendung bis zur schliefslichen völligen Genesung eintrat. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Myiasis cutanea beim Menschen im Kongo, von A. Broden und J. Rodhain - Leopoldville (Kongo). *Arch. de Parasitol.* 1910. Bd. 13, Nr. 4.) Alle im Kongo beobachtete Fälle von Myiasis cutanea scheinen demselben Parasiten zugeschrieben werden zu müssen, der von Gedoelst unter dem Namen Lundsche Larve beschrieben wurde. Er wurde nie bei Tieren gefunden. Die Larven können an allen Körperstellen sitzen, und zwar sind sie gewöhnlich nur in geringer Anzahl zu finden, obwohl in einigen Fällen bis zu 92 gezählt wurden. Die vom Parasiten hervorgerufene Läsion bildet einen sehr schmerzhaften, zugespitzten, entzündlichen Tumor, dessen Zentrum

der Parasit einnimmt. Die Spitze des Tumors ist ulceriert, die Ränder der Ulceration sind scharf abgegrenzt und mitten in derselben sieht man den Schwanzteil des Parasiten, dessen Kopfende senkrecht in die Tiefe ragt. Die Läsion beginnt am ersten Tage mit einer Papel, die sich mit einer Vesikel bedeckt, deren Zentrum einfällt und ulceriert. Sie wächst bis zur Gröfse eines 5 Frankenstücks. Anfangs kann man die Parasiten leicht durch Druck entfernen, was nicht mehr möglich ist, wenn die Läsion sich vergröfsert hat und schmerzhaft geworden ist. Er mufs dann förmlich aus der Wunde herausgerissen werden. Danach heilt die Wunde schnell.

Gunsett-Strafsburg.

Über die Dermatomyiasis mucosa, von D. Majocchi. (*Morgagni*. 10. Juli 1910.) Mitteilung dreier Fälle: 1. Bei einem 54jährigen Kärrner mit multiplem ulcerierten Hautepitheliom im Gesicht, Hals und Brust wurden Larven von Lucilia Caesar (Goldfliege) gefunden. 2. Bei einem 35jährigen Bauern wurden ebensolche in einem ulcerierten Hautepitheliom der Dorsalseite der Hand nachgewiesen. 3. In einem Ulcus varicosum waren bei einer 44jährigen Bäuerin, die oft ohne Verband im Felde schlief, Larven von Sarcophaga carnaria vorhanden. In allen drei Fällen konnten die Larven bis zum fertigen Insekt weitergezüchtet werden. *Gunsett-Strafsburg.*

Zwei Fälle von Myiasis cutanea durch Sarcophaga carnaria, von V. Mibelli. (*Morgagni*. 10. Juli 1910 und Soc. ital. di Dermatol. e sifilogr. Roma 20. Dez. 1909.) In dem einen Falle handelte es sich um einen 67jährigen, imbezillen Kranken, bei dem sich auf einem Epitheliom der Wange sechs Larven von Oestrinen eingenistet hatten. Dieselben wurden entfernt, mit Fleisch gefüttert und es entwickelten sich aus denselben genau 20 Tage später typische Fliegen von der Art: Sarcophaga carnaria.

Im zweiten Falle hatten sich bei einem mit Pediculosis behafteten total verwahrlosten Mädchen mehrere hundert Larven derselben Art auf der Kopfhaut eingenistet und einen ulcerösen Zustand derselben hervorgerufen unter Erzeugung von hohem Fieber. Nach Entfernung der Larven heilte die Affektion rasch.

Gunsett-Strafsburg.

Myiasis dermatosa, von Robert J. Miller - Pittsburg. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 55, Nr. 23.) Fall eines elfjährigen Jungen. Die Larve safs in der Haut des Kinns; sie wurde als Larve des Hypoderma lineata festgestellt. *Schourp-Danzig.*

Hautemphysem (Emphysema subcutaneum) im Verlaufe des Typhus abdominalis, von Anton Krokiewicz-Krakau. (*Klin.-therap. Wochenschr.* 1911. Nr. 2.) In dem mitgeteilten Falle war Hautemphysem am Halse, Brustkorb, am Bauch, an den oberen Extremitäten sehr ausgebreitet. Zugleich litt die Typhuskranke an Emphysema pulmonum majoris gradus. *Schourp-Danzig.*

Über Knochenbildung in der Haut, von E. Sehrt-Freiburg i. B. (*Virchows Arch.* Bd. 200, Heft 3.) Bei einem jungen Mädchen war eine kleine Hautgeschwulst an der Ellenbogenbeuge entstanden, die ein 4 mm im Durchmesser grofses, kugeliges, steinhartes Gebilde darstellte. Der mikroskopische Untersuchungsbefund ergab, dafs es sich um eine verkalkte, einfache Dermoidcyste der Haut handelte, in deren Kalkmassen es zur Knochen- und Knochenmarksbildung gekommen ist.

Schourp-Danzig.

Über das Vorkommen von Mäusefavus beim Menschen, von Benno Chajes-Berlin-Schöneberg. (*Med. Klinik.* 1910. Nr. 4.) An der Hand eines vom Verfasser in Berlin berichteten Falles bespricht er das klinische Bild des Mäusefavus beim Menschen und nimmt an, dafs diese Krankheit wahrscheinlich öfters vorkommt als man in der Regel glaubt, da die Differentialdiagnose von Herpes tonsurans manchmal nur durch Anlegung von Kulturen gestellt werden kann.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Der hämolytische Ikterus (Icterogene Haemolyse), von J. Chalier - Lyon. (*Gaz. des hôp.* 1910. Nr. 55 u. 57.) Eine literarische Monographie über diesen Gegenstand. *Gunsett-Strafsburg.*

Zur Behandlung des Favus, von Artasches Schahbasian. (Inaug.-Dissert. Berlin 1910.) Verfasser gibt einen Überblick über die verschiedenen Behandlungsmethoden des Favus und teilt mit, dafs an der dermatologischen Klinik der k. Charité in den letzten Jahren 26 Patienten mit Favus der Röntgenbehandlung unterzogen wurden. Wenn es auch zweifelhaft sei, ob die Röntgenbestrahlung in allen Fällen allein zur Heilung führe, so sei doch unbedingt zuzugeben, dafs diese Methode die sauberste, schmerzloseste und sicherste Epilationsmethode darstelle, und schon dadurch sei eine Abkürzung des Heilverfahrens garantiert. *Fritz Loeb-München.*

Beitrag zum Studium der Blastomykosen (Saccharomykosen und Atelosaccharomykosen), von H. Rubens Duval und Louis Laederich-Paris. (*Arch. de Parasitol.* 1910. Bd. XIV, Nr. 2.) Im Anschlufs an einen selbstbeobachteten Fall von gummöser Form der Blastomykose mit multiplen Herden an der Kopfhaut, dem Abdomen und der Tibia bei einer 35 jährigen Patientin, die durch Jodkalium geheilt wurde, stellten die Verfasser umfassende kulturelle und experimentelle Versuche über diese Erkrankung an, die sie mit den spärlichen Fällen der Literatur verglichen, bei denen die Hefen eine ausschliefsliche und wirklich pathogene Rolle spielen. Aus ihren experimentellen Ergebnissen mag hervorgehoben sein, dafs den verschiedenen Hefevarietäten keine verschiedene, genau definierte pathogene Wirkung zugeschrieben werden kann. Mit derselben Hefe kann man, wenn man die Versuche variiert und wiederholt, die verschiedenen klinisch-anatomischen Varietäten der menschlichen Blastomykose hervorrufen: rasch tödlich verlaufende Septikämie, langsam verlaufende Septikämie mit generalisierten pseudo-tuberkulösen Läsionen, lokale schankröse, abscedierte oder gummöse Formen, Pseudotumoren durch massenhafte Proliferation der Parasiten. Diese verschiedenen klinisch-anatomischen Typen scheinen nur durch eine Verschiedenheit der Virulenz der Hefe oder der Toleranz des Individuums, nicht durch botanische Varietäten der Hefe bedingt zu sein. *Gunsett-Strafsburg.*

Über Mikrosporie, von Max Schramek-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 48.) Bericht über einige in Wien aufgetretene Fälle unter Schulkindern; durch sofort eingeleitete Vorbeugungsmafsregeln wurde eine wirkliche Epidemie, wie sie in Köln, Berlin usw. aufgetreten, verhindert. Geschichtliches und Kulturelles über den Erreger. *W. Lehmann-Stettin.*

Die Sporotrichose im Anschlufs an einen aus der Klinik für Hautkrankheiten zu Strafsburg beobachteten Fall, von August Stephan. (Inaug.-Dissert. Strafsburg 1910.) Der erste Fall von Sporotrichose wurde im Jahre 1898 von dem amerikanischen Arzt Schenk veröffentlicht, der im John Hopkins-Hospital eine ganz eigentümlich verlaufende Erkrankung von abscedierender, chronischer Lymphangitis des Vorderarms im Anschlufs an eine Verletzung des Zeigefingers beobachtete. Aus dem Eiter dieser indolenten, cutan-subcutan gelegenen Knoten gelang es, einen sporenbildenden Fadenpilz in Reinkultur zu züchten, das Sporotrichium Schenkii. Schon im nächsten Jahre wurde eine klinisch ganz analoge Beobachtung von Hektoen und Perkins im *Journal of experimental medicine* veröffentlicht und auf die Biologie des Sporotrichium Schenkii näher eingegangen. Im Jahre 1899 veröffentlichte Brayton im *Indianopolis medical Journal* einen Fall unter der Bezeichnung „Chronic Abscesses". Trotzdem keine mykologischen Untersuchungen vorliegen, gehört er doch sicher zur Sporotrichose. Im Jahre 1903 veröffentlichte de Beurmann seinen ersten Fall unter dem Namen „Abscès souscutanés multiples d'origine mycosique". 1907 beschrieben de Beurmann und Gougerot in den *Annales de Dermatologie* die zwei epochemachenden

Fälle von Sporotrichose, wodurch mit einem Schlage das Interesse der Ärztewelt für diese neue Krankheit geweckt wurde und die Krankheit selbst die Aufmerksamkeit fand, die sie nicht nur von seiten der Dermatologen, sondern auch der Internisten und Chirurgen verdient. Nun folgen Schlag auf Schlag ganze Serien von Sporotrichosefällen, und heute beträgt die Zahl weit über 100. Die meisten stammen aus Frankreich, speziell aus Paris. Auffallend war es, daſs die DE BEURMANNsche Krankheit nicht in Deutschland zur Beobachtung kam, und man hätte denken können, daſs diese Affektion sich nur an bestimmte regionäre Gebiete hält, wenn nicht kürzlich von ARNDT aus der LESSERschen Klinik in Berlin ein Fall beobachtet worden wäre. Von HÜGEL wurde dann ein weiterer Fall aus der Straſsburger dermatologischen Klinik im *Archiv für Dermatologie* mitgeteilt.

Das klinische Krankheitsbild der Sporotrichose ist ein sehr mannigfaches und wechselndes. Bald ähnelt es mehr der tertiären Lues, bald mehr der Tuberkulose, und in einzelnen Fällen einer Invasion von eitererregenden Kokken. Am häufigsten ist das cutane und subcutane Gewebe befallen, doch können auch in seltenen Fällen die inneren Organe ergriffen werden.

Bei der häufigsten Form, der syphiloiden (Sporotrichose cutanée gommeuse à foyers multiples disséminées) entwickeln sich im cutanen und subcutanen Gewebe, gewöhnlich im Anschluſs an eine von Anfang an bestehende Geschwulst, allmählich mehrere unregelmäſsige, über den ganzen Körper verbreitete Knoten von Pflaumen- bis Nuſsgröſse. Die Tumoren verursachen weiter keine Beschwerden, sind jedoch in manchen Fällen auf Druck etwas schmerzhaft. Sie liegen in verschiedener Tiefe der Haut, sind anfangs auf der Unterlage verschieblich und mit der Haut nicht verwachsen. Anscheinend regellos über den ganzen Körper verbreitet, können sie so in groſser Zahl — in einem Falle von GAUCHER und FOUQUET waren es 86 — auftreten. Die Haut über den Tumoren ist anfangs gar nicht verändert. Allmählich wachsen nun diese gummösen Gebilde, wölben die Haut empor; dieselbe nimmt eine zuerst blaſsrote, dann hochrote und ins Bläuliche schimmernde Verfärbung an, im Zentrum verwächst sie mit der unter ihr liegenden Masse. Letztere wird in ihrer Mitte allmählich weicher und zeigt schlieſslich deutliche Fluktuation. Die Haut darüber wird zuletzt immer dünner und dünner und zuletzt kommt es an dieser Stelle zur Perforation. Es wird eine dicke, fadenziehende, gelbliche Flüssigkeit entleert. Der Rand der Öffnung ist unregelmäſsig, nicht unterminiert; die Umgebung ist infiltriert und rötlich verfärbt.

Der disseminierten, allgemein generalisierten Form der Sporotrichose steht die lokalisierte, im Anschluſs an eine äuſsere Verletzung, den Primäraffekt (chancre sporotrichosique), auftretende Form gegenüber. Auf dem Wege der Lymphbahnen wird das Virus verbreitet, es bilden sich dort ebenfalls gröſsere oder kleinere, später abscedierende Knoten (lymphangite sporotrichosique nodulaire gommeuse), ganz wie bei der disseminierten Form, nur sind die Knoten regionär angeordnet, den Lymphbahnen entlang, und treten gewöhnlich in geringerer Zahl auf.

Ein zweites Krankheitsbild bietet die Sporotrichose, indem sie der Tuberkulose gleicht, die tuberkuloide Sporotrichose. Der Primäraffekt kann ganz einer Tuberculosis verrucosa cutis (Lupus verrucosus) gleichen. Auch hier können die Knoten entweder lokal und regionär angeordnet oder regelmäſsig disseminiert auftreten. Bei der letzteren Form sieht man dieselbe Neigung wie bei der syphiloiden Sporotrichose, im Zentrum zu ulcerieren und zu zerfallen.

Was den Erreger der Krankheit betrifft, so handelt es sich um einen Pilz, das Sporotrichon de Beurmanni, der als Eingangspforte gewöhnlich eine äuſsere Verletzung hat. Im allgemeinen sind es Verletzungen an den Händen. Der beste

Nährboden ist das sog. „milieu de choix“ von SABOURAUD: Pepton 1—2 g, Glykose 3 g, Agar 2 g, Aqua 100 g.

Die Sporotrichose ist auf junge Meerschweinchen, Ratten, Katzen, Mäuse und Affen übertragbar. Subcutane oder intraperitoneale Injektionen, doch auch die Fütterung junger Meerschweinchen mit infizierter Milch hatten ein positives Ergebnis. Am empfänglichsten ist die Ratte.

Das histologische Bild, das der Parasit im Gewebe hervorruft, vereinigt in sich die Züge der Syphilis, der Tuberkulose und verschiedener Kokkenaffektionen.

Was schliefslich die Therapie betrifft, so hat sich das Jodkalium als rationelles Heilmittel erwiesen. Es wird gegeben in Mengen von 4—6 g pro die. Dabei ist anzunehmen, dafs es nicht als Spezifikum wirkt, sondern es macht den Körper widerstandsfähiger und verleiht ihm die Kraft, Herr gegen die schädliche Noxe zu werden.

Fritz Loeb-München.

Sporotrichon und Sporotrichose, von E. BERTARELLI. (*Morgagni.* 17. Nov. 1910.) Ein referierender Aufsatz über den Gegenstand. *Gunsett-Strafsburg.*

Der gegenwärtige Stand der Röntgenbehandlung bei Trichophytia tonsurans capitis, von S. E. DORE-London. (*Lancet.* 18. Febr. 1911.) Die Trichophytie der Kopfhaut bildet in England (und auch in Frankreich) infolge der grofsen Ausbreitung der Affektion unter Schulkindern und der Schwierigkeit der Behandlung eine wirkliche Kalamität. Nach dem Bericht der städtischen Verwaltung vom Jahre 1908 sind in den letzten Jahren fast 3000 Kinder jährlich wegen dieser Affektion vom Schulbesuch ausgeschlossen worden. D. bestätigt die Erfahrungen von SABOURAUD u. a., dafs die rationellste und schnellste Behandlung in der durch die Röntgenbestrahlung zu erzielenden totalen Epilation gegeben ist. Er bevorzugt die als KIENBÖCK-ADAMSONsche bekannte Anwendungsweise. Nachdem die gesamten Kopfhaare möglichst kurz abgeschnitten sind, wird mit Farbstift die Kopfhaut in sechs Segmente eingeteilt; jedes Segment erhält unter Kontrolle mit der SABOURAUD-NOIRÉschen Pastille eine Bestrahlung von etwa 15 Minuten Dauer. Ein zweckmäfsiges, kastenförmiges Gestell zur Aufnahme der Röhre, wie hier abgebildet ist, erleichtert die Anwendung erheblich. Schädliche Wirkungen sind nicht zu befürchten, vorausgesetzt, dafs alle nötigen Vorsichtsmafsregeln genau beachtet worden sind. Ohne gründliche Ausbildung in der Röntgenbehandlung soll allerdings sich niemand an diese Methode heranwagen. Aber in geübten Händen hat sich dieselbe so bewährt, dafs die Dauer der Behandlung der Kinder von einem Durchschnitt von 19 Monaten auf einen von $3^1/_2$ Monaten herabgedrückt worden ist. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Nikotianaseife als Heilmittel gegen Ringwurm, von ADALBERT RAEBIGER-Kamerun. (*Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg.* 1910. Bd. 14.) R., Regierungsarzt in Kamerun, hatte die Erfahrung gemacht, dafs von den alten gebräuchlichen Mitteln Chrysarobin bei Ringwurm der Schwarzen zwar meist befriedigende Resultate liefert, bei jenem der Europäer, besonders wenn es sich um ausgedehntere Erkrankungsherde handelt, viel weniger Erfolg gibt und oft zu recht heftigen entzündlichen Erscheinungen führt. Nach R. bewährte sich nun in zehn Fällen von Ringwurm der Europäer die Nikotianaseife, die bekanntlich TAENZER bei verschiedenen Hautkrankheiten erprobt hat, aufs beste, und zwar in folgender Anwendungsweise: Die erkrankten Hautpartien werden morgens und abends mit der Seife eingeschäumt, den Schaum läfst man eintrocknen und gibt vor jedem neuen Einschäumen sowie nach Beendigung der Kur ein warmes Reinigungsbad. Reizerscheinungen kamen im allgemeinen bei dieser Methode nicht zur Beobachtung. Unter den zehn Fällen waren sechs frische, die in drei bis vier Tagen, zwei seit ein bis drei Monaten bestehende, die in drei Tagen, und ein seit drei Jahren bestehender Fall, der nach fünftägiger Behandlung zur Heilung kam; in dem

zehnten Falle, der fünf bis sechs Jahre zurückdatierte, trat zwar Heilung ein, aber sehr bald Rezidive. Schliefslich erwähnt Verfasser, dafs er auch in einigen Fällen von Cro-Cro die Nikotianaseife mit gutem Erfolg angewandt hat. *Stern-München.*

Beitrag zur Kenntnis der Streptothrixerkrankungen des Menschen, von Georg Gjorgjevic-Innsbruck. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1911. Nr. 6.) Genaue Darstellung der kulturellen und tinktoriellen Eigenschaften von Pilzen, die in vier Fällen gelegentlich der Obduktion in Abscessen gefunden wurden (Nierenabscefs, von Dekubitus ausgehend, Lungenabscefs bei Lepra, Gehirnabscefs, eitrige Meningitis). *W. Lehmann-Stettin.*

Mifsbildungen.

Pseudo-Milium xantelasmaticum. Klinischer und histologischer Beitrag zur Kenntnis des Pseudo-Milium. Von Stancanelli. (*Giorn. internaz. delle scienz. med.* 1910, Heft 14.) Der kleine Knoten, der beim ersten Anblick wie ein wahres Miliumknötchen aussieht, ist zusammengesetzt aus einer circumskripten, knotigen Infiltration der mittleren und tieferen Schichten der Haut, charakterisiert durch epitheloide und Riesenzellen und die Anwesenheit von intra- und extracellularem Pigment im Stratum papillare und subpapillare. Diese verschiedenen Zellelemente zeigen eine ganz unregelmäfsige und unkonstante Verteilung. In dem Knoten findet eine reiche Neubildung von Gefäfsen embryonalen Typus statt, die in inniger Beziehung zu den Infiltrationszellen stehen und keine bemerkenswerte Veränderung ihrer Wandung zeigen. — Es besteht so grofse Ähnlichkeit mit dem tuberkulösen einerseits und dem syphilitischen Granulom andererseits. *Haas-Hamburg.*

Die Behandlung von 300 Naevi durch Gefrieren, von J. L. Bunch-London. (*Brit. med. Journ.* 4. Febr. 1911.) Verfasser hat sowohl mit Kohlensäure als auch mit flüssiger Luft operiert, letzteres vorzugsweise beim Naevus flammeus von gröfserer Ausdehnung. Aufser den Malen wurden auch Fälle von Lupus vulgaris und erythematosus, Warzen, Ulcus rodens und alte circumskripte Flecke von Psoriasis und Lichen planus mit CO_2 behandelt. In der grofsen Mehrzahl seiner Fälle jedoch handelte es sich um Naevi von diverser Art und Ausdehnung, von denen er mehr als 300 mit dem Kohlensäureschnee höchst erfolgreich behandelt hat. Es wird besonders betont, dafs sowohl die kleinsten Läsionen von etwa Stecknadelknopfgröfse als auch unregelmäfsig gestaltete, gröfsere bis zum Umfang eines Fünfmarkstückes mit diesem Verfahren präzis und relativ mühelos beseitigt werden. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Der Naevus der Bindehaut des Augapfels und der Aderhaut und seine Beziehungen zu den melanotischen Tumoren, von M. Wolfrum-Leipzig. (*v. Graefes Arch. f. Ophthalm.* 71. Band, 2. Heft.) Die ausgezeichnete Arbeit, deren ausführliches Referat allzu viel Raum in Anspruch nehmen würde, bestätigt die Anschauung Unnas, dafs die Naevi sich aus dem Epithel entwickeln. Als Matrix der Naevi der Conjunctiva bulbi und der damit zusammenhängenden melanotischen Tumoren mufs das Epithel angesprochen werden, während die melanotischen Tumoren des Uvealtraktus sich aus den Chromatophoren entwickeln. *Arthur Schucht-Danzig.*

Über einen Fall von Naevus sebaceus, von Willy Benkmann. (Inaug.-Dissert. Berlin 1909.) Die Krankheit tritt in zwei klinisch verschiedenen Formen, einer multiplen, symmetrischen und einer circumskripten, systematisierten Form auf. Erstere beschränkt sich auf das Gesicht, und auch da sind es besonders bevorzugte Stellen, wo sie beobachtet wird, während der umschriebene Talgdrüsennaevus überall am Körper zur Erscheinung gelangen kann. Dafs beide Formen auf eine kongenitale Anlage zurückzuführen sind, kann man nach allen neueren Autoren als Tatsache an-

nehmen. Der erste, der die multiple Form näher beschrieb, war PRINGLE, als er im Jahre 1890 einen derartigen Fall beobachtete, doch kann man vielleicht auch die als „petites végétations vasculaires“ in dem 1835 erschienenen Atlas RAYERS abgebildeten Gesichtseffloreszenzen dazu rechnen, da Beschreibung und bildliche Darstellung auffällig dazu pafst.

Um einen allgemeinen Überblick über Genese der Erkrankung und das Alter der Patienten zu gewinnen, gibt Verfasser eine statistische Zusammenstellung der bis jetzt beschriebenen Fälle von Naevus sebaceus, soweit ihm die Literatur zugänglich war. Zugleich berücksichtigt er dabei das Geschlecht und die nervöse und geistige Beschaffenheit der Kranken. Aus der statistischen Zusammenstellung ergeben sich interessante Befunde. In den beiden Typen des Naevus sebaceus treten da zu der charakteristischen verschiedenen Lokalisation und Anordnung der Effloreszenzen gewisse Unterschiede hinzu. Verfasser fand von der ersten 41, von der circumskripten, systematisierten Form dagegen nur 15 Fälle, ungefähr ein Drittel jener. Doch ist das Verhältnis tatsächlich umgekehrt, da die meisten Fälle von kleinen strichförmigen Naevi sebacei gar nicht zur Veröffentlichung gelangen. Es geht aus der Zusammenstellung auch die Tatsache hervor, dafs bezüglich der nervösen und psychischen Beschaffenheit der Patienten die beiden Formen der Affektion einen grofsen Unterschied zeigen. In den meisten Fällen des PRINGLEschen Typus ergaben sich gewisse Intelligenzdefekte oder zum mindesten eine äufserst geringe geistige Entwicklung, dann nervöse Störungen wie Epilepsie, Hysterie usw., während beim Naevus sebaceus circumscriptus nur OPPENHEIMER eine diesbezügliche Beobachtung gemacht hat. Eine einigermafsen befriedigende Erklärung für das Auftreten von geistigen und nervösen Störungen bei den mit Naevus sebaceus multiplex behafteten Patienten hat man bis jetzt nicht zu geben vermocht, man mufs sich mit der Tatsache begnügen. In prognostischer und therapeutischer Hinsicht bietet der Naevus sebaceus ein wenig erfreuliches Bild. Verfasser gibt die ausführliche Krankengeschichte eines in der Charité in Berlin beobachteten Falles bei einem achtmonatlichen Mädchen. Was diesen Fall besonders interessant gestaltet, ist die aufserordentlich grofse vielgestaltige Ausdehnung der Affektion, seine Vergesellschaftung mit einem weichen Naevus und das gleichzeitige Ergriffensein der Conjunctiva. *Fritz Loeb-München.*

Naevus keratosus linearis generalisatus und Mongolenflecke, von APERT. (*Bull. méd.* 1910. Nr. 4.) Zwei Kinder, die am ganzen Körper band- und linienförmige, schuppige oder hornige Epidermiswucherungen zeigen. Am Stamme transversal, an den Extremitäten longitudinal verlaufend, entsprechen sie den Grenzen der dem Innervationsgebiet benachbarter Hautnerven. Ein Kind zeigt aufserdem Erythrodermia ichthyosiformis (BROCQ), das andere Mongolenflecke am Kreuze.

Richard Frühwald-Leipzig.

Eine einfache Methode der Entfernung von Grützbeuteln, von H. FAORTH-Llangollen. (*Brit. med. Journ.* 10. Aug. 1910.) Man mache den Einschnitt im Gesunden, neben dem Tumor an der Schmalseite und arbeite mit einem stumpfen Haken, an der dünnsten Stelle der Cystenwand beginnend, den Beutel frei, worauf ein sanfter Druck ihn durch den Einschnitt hinaus befördert. (Die Methode ist schon von anderen so geübt worden. Ref.) *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Anwendung und Resultate der PUSEYschen Angiombehandlung mit Kohlensäure, von UGO NOFERI-Siena. (*La riforma med.* 1910. Nr. 32.) Der Kohlensäureschnee wurde anfangs 20 bis 30 Sekunden, später ein bis zwei Minuten appliziert. Bei kleinen Angiomen genügt eine ein- bis zweimalige Applikation, bei gröfseren mufs sie wiederholt werden. Auf diese Weise behandelt, heilen sie vollständig narbenlos.

Gunsett-Strafsburg.

Angiokeratom, von Define. (*Giorn. internaz. delle sciens. med.* XXXII, Heft 19.) D. berichtet über drei Fälle. Auf Grund dieser und der Literatur hält er es für schwierig, die Bildung des Keratoms zu erklären, eine Schwierigkeit, die nicht Wunder nimmt, wo unsere Kenntnisse der normalen Keratinisation auch noch ziemlich im Dunkeln liegen. *Haas-Hamburg.*

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

a. *Allgemeines.*

Zuverlässigkeit in der Diagnose von Krankheiten des uropoietischen Systems, von B. J. Ward-Birmingham. (*Brit. med. Journ.* 9. Juli 1910.) Die mannigfachen Täuschungen, denen der Arzt bei der Diagnose von Erkrankungen der Nieren und der Harnblase ausgesetzt ist, beleuchtet Verfasser sehr anschaulich an einer Reihe von konkreten Fällen und zeigt, wie man unter Anwendung der neueren Untersuchungsmethoden mit den verschiedenen Hilfsmitteln zur richtigen Erkenntnis gelangen kann. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Bemerkungen zur Balneotherapie der Harnkrankheiten, von Wasserthal-Karlsbad. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 21.) Der Hauptschwerpunkt jeder Balneotherapie der Harnorgane ist in der Durchspülung zu erblicken, also in einer den Verhältnissen angepaſsten und dementsprechend dosierten und zeitlich verteilten Flüssigkeitszufuhr. Für die Wahl des Kurortes kommen die primären Ursachen des Krankheitsprozesses in Betracht. Kontraindikationen reduzierender Trinkkuren sind z. B. Nephrolithiasis korpulenter Personen, bei denen infolge Lockerung des festen Nierenlagers Kolikanfälle auftreten, ferner maligne Tumoren und Tuberkulose der Harnorgane. *Arthur Schucht-Danzig.*

Beispiele von Circulus vitiosus bei Krankheiten der Harnorgane, von J. B. Hurry-Reading. (*Brit. med. Journ.* 6. Aug. 1910.) Enthält nichts eigentlich Neues. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über den Zusammenhang zwischen Affektionen der Genitalorgane mit Störungen der Magen- und Darmverdauung, von C. Wegele-Bad Königsborn. (*Med. Klinik.* 1910. Nr. 1.) Es finden sich nach Verfasser bei beiden Geschlechtern in jedem Lebensalter von den Entwicklungsjahren an Magendarmstörungen, welche von organischen oder öfter noch von funktionellen Affektionen der Genitalorgane abhängig sind, was für die Therapie zu berücksichtigen ist; es kommen auch voneinander unabhängige Erkrankungen auf beiden Gebieten vor, wobei es sich dann meist um organische Magenerkrankungen handelt; in seltenen Fällen läſst sich eine sichere Differentialdiagnose nicht stellen. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Der psychische Hermaphroditismus im Leben und in der Neurose, von Adler. (*Fortschr. d. Med.* 1910. Nr. 16.) Körperliche Erscheinungen des gegensätzlichen Geschlechts finden sich auffallend häufig, so weiblicher Habitus bei männlichen Neurotikern, männlicher bei weiblichen. Diese objektiven Erscheinungen geben vielfach Anlaſs zu einem subjektiven Gefühl der Minderwertigkeit, in der Kindheit zu einem Gefühl der Inferiorität, insbesondere gegenüber dem Vater. Sie werden dadurch in eine Rolle gerückt, die ihnen als unmännlich erscheint. Alle Neurotiker haben eine Kindheit hinter sich, in der sich Zweifel in ihnen regte, ob sie zur vollen Männlichkeit gelangen könnten. Dieses Gefühl erzeugt den männlichen Protest, steigert die Wünsche ins Ungemessene; und die Neurose setzt dann ein durch das Scheitern dieses männlichen Protestes auf einer Hauptlinie. Die Psychoanalyse der fertigen Neurose wird demnach stets folgende Züge aufdecken: A. weibliche Züge, B. hypertrophischer Protest, C. Kompromiſsbildung zwischen A. und B. *Haas-Hamburg.*

Sexuelle Neurasthenie, von MORITZ POROSZ-Budapest. (*Fürdöcs vizgyógyássat*, Nr. 4, Beiblatt des *Budapesti Orvosi Ujság*. 1910. Nr. 48.) Die sexuellen Symptome der sexuellen Neurasthenie treten oft nach einer Urethritis und Prostatitis auf. Diese Symptome sind die Pollutionen, die Spermatorrhoe, die Ejaculatio praecox. Im Anfange fehlen die Erscheinungen der allgemeinen Neurasthenie. Auch die Impotenz mit mangelhaften Erektionen wird von den Patienten häufig mit einer Blennorrhoe in kausalen Zusammenhang gebracht.

Alle diese Erscheinungen treten auch ohne vorangegangene Blennorrhoe und Prostatitis auf, nach Onanie, nach venerischen Exzessen, besonders im jugendlichen Alter, nach Coitus interruptus, so auch nach ausgedehnter Abstinenz. Die Erfahrung lehrt, daſs die Prostata auch in diesen Fällen zu untersuchen sei. Diese Untersuchungen ergaben das Krankheitsbild, welches von mir als Atonia prostatae schon öfters beschrieben wurde.

Diese Muskelatonie der Prostata soll den vermuteten Sphinkter der Samenblasen schwächen, in seiner Funktion stören. Dieser Sphinkter wurde von mir auch anatomisch bewiesen und von der anatomischen Sektion des Internationalen Kongreſs zu Budapest bestätigt.

Diese festgestellten Tatsachen und meine klinischen und therapeutischen Erfahrungen haben meine Erläuterungen und mein Vorgehen mit der Lokalbehandlung gerechtfertigt.

Die Behandlung der anderen Erscheinungen der allgemeinen Neurasthenie gehören in den Bereich der Balneologie und Hydrotherapie. Die Therapie der sexuellen Neurasthenie liegt an der Grenze der Urologie und Balneologie. Beide Fächer finden ein Arbeitsfeld. In leichteren Fällen ist die Balneo- bzw. Hydrotherapie gar nicht einmal unbedingt nötig. Doch in schwereren Fällen wird durch dieselben die Genesung der Patienten beschleunigt.

Mit der Hydrotherapie allein kann man endgültige, beständige Resultate nicht erzielen. Und wenn in schwereren Fällen von sexueller Neurasthenie das Vermeiden der Hydrotherapie ein Fehler ist, so ist das Vermeiden der Lokaltherapie — nach meiner Auffassung, in meinem Sinne — eine Sünde, die wir gegen die Gesundheit der Patienten begehen.

Selbstverständlich ist nach meinen Auseinandersetzungen, daſs die Lokaltherapie, welche gegen die Hyperämie des Caput gallinaginis in Anwendung gebracht wird, falsch und unzweckmäſsig ist.

Durch die Behandlung der Hyperämie mit Sondenkuren, verschiedenen Bepinselungen mit Adstringentien, Ätzungen mit konzentrierten Lapislösungen und Elektrokautern können wir nur zur Steigerung der allgemeinen Neurasthenie beitragen. Andere Wirkungen haben diese Methoden nicht.

Bemerkt muſs werden, daſs diese Hyperämie gar nicht selten fehlt, so daſs manchmal sogar eine Anämie des Colliculus seminalis vorhanden ist. Auch wenn eine Hyperämie zugegen ist, ist sie nur eine sekundäre Erscheinung, welche eben durch die Atonie der Prostata bedingt wird. SVETLIN hat schon längst bewiesen, daſs die venöse Blutzirkulation der Pars posterior durch die Prostata führt. Durch die Atonie der Prostatamuskulatur leidet die Weiterbeförderung des Blutes. Wenn auch durch Psychrophore die Hyperämie herabgesetzt wird, ist die Wirkung keine beständige. Die Hauptursache der sexuellen Neurasthenie liegt in der Atonie der Prostata. Hier soll die Wurzel der Krankheit angegriffen werden, und zwar durch eine Tonisierung der Prostata, mit dem faradischen Strome, wie ich ihn eben anwende.

Die theoretische Erklärung mit der Ermüdung, Reizung der Zentren, ist nicht stichhaltig, denn Pollutionen und Spermatorrhoe sind gleichzeitig zugegen. Die sich

anschliefsenden Zentralerregungen anderer Organe, die die bekannten Funktionsstörungen hervorrufen, führten irre und auch zur Annahme einer Reizung in den Genitalzentren.

Doch der Fehler steckt in dem Mechanismus der genitalen Funktionen. Nach 15jähriger Erfahrung mufs ich es behaupten, dafs die krankhaften sexuellen Symptome der Neurasthenie, die oben genannt waren, in Ordnung kommen. Die gesteigerte Libido wird herabgesetzt, das Harnträufeln läfst nach, das Harnbedürfnis sinkt, die Erektionen werden normal, das Wollustgefühl wird gesteigert, die Ejakulation geht stofsweise vor sich, und die begleitende allgemeine nervöse Erregtheit, die dem Coitus vorangeht, bleibt aus, und die ihm folgende Ermüdung zeigt sich nicht mehr.

(Autoreferat.)

Irrtümer der Röntgendiagnostik bei Konkrementen der Harnwege, von Max Roth-Berlin. (*Med. Klinik.* 1910. Nr. 10.) Das Urteil Garres u. a., dafs durch die fortschreitende Röntgentechnik die Steindiagnostik mit absoluter Sicherheit gestattet werde, trifft auch nach Autors Erfahrungen für eine Anzahl von Fällen nicht zu. Prostatasteine, mit Eiter und Urin gefüllte Divertikel der Harnblase, zufällig im Bereich der Nierengegend liegende Kotsteine u. a. können zu Irrtümern Anlafs geben. Die Täuschungen sind allerdings selten, nach Immelmann 3%. Immerhin mahnen derartige Befunde, auch alle übrigen Untersuchungsmethoden aufser der Röntgendiagnostik eifrig zu pflegen. *Arthur Schucht-Danzig.*

Bacillus coli-Infektion des Harnapparates, von M. Douglas. (*Edinb. med. Journ.* Dez. 1910.) Diese Form der Infektion hat erst in den letzten Jahren die Aufmerksamkeit auf sich gezogen. Der Bacillus coli, ein normaler Bewohner des Darmes und wahrscheinlich für die Verdauung im Colon von Bedeutung, nimmt unter gewissen Umständen pathogene Eigenschaften an, die sich auch auf den Harnapparat übertragen. D. unterscheidet hierbei folgende Arten: 1. Bacilluria, d. s. Fälle, wo der Bacillus coli im Urin ohne irgend welche Symptome gefunden worden ist, z. B. sehr häufig bei der Diarrhoe der Kinder, bei Kindern mit Spulwürmern, und hartnäckigen Fällen von Harninkontinzen. 2. Urethritis, sowohl akute Blennorrhoe vortäuschende, wie (häufiger) in chronischen Fällen. 3. Cystitis, in nahezu der Hälfte der Fälle, wo bakteriologisch untersucht wurde, wurde der Bacillus coli, gleichzeitig mit Staphylokokken und Urobacillus, gefunden. Bei Kindern beruht die Cystitis häufiger auf Bacillus coli (in Reinkultur) als auf Mischinfektion. 4. Infektion der oberen Teile des Harnapparates und zwar a) bei Kindern unter hochgradig gestörtem Allgemeinbefinden nach Magen-Darm-Erkrankungen, Fissuren, bei Mädchen unter zwei Jahren ziemlich häufig, bei Knaben nach der Cirkumcision, b) bei Erwachsenen, und zwar sehr gewöhnlich bei Frauen während der Schwangerschaft (um das 25. Lebensjahr herum und im fünften Monat). Leichte Fälle dieser Art werden oft für Lumbago gehalten, bei chronischen sind allgemeines Unbehagen, Muskelschmerzen, unregelmäfsige Temperaturen, Kopfschmerzen, von Seite der Blase aber nur geringe oder gar keine Beschwerden vorhanden; Neurasthenia oder Hysterie ist oft die Diagnose für diesen Zustand. Das akute Stadium läfst gewöhnlich in weniger als 14 Tagen nach, Eiter findet man aber oft noch nach Wochen oder Monaten. Chronische Fälle sind schwer zu heilen; man sollte auch auf Tuberkelbazillen fahnden, da sie oft durch den leichter auffindbaren Bacillus coli überdeckt werden. Dysurie und häufiger Harndrang sind zuweilen die frühesten Symptome, das Aussehen des Urins ein verschiedenes, die Reaktion gewöhnlich sauer, der Geruch gelegentlich nach „Fischen“ (durch Bildung von Methylamin), Eiweifs bei schweren Anfällen in grofsen Mengen vorhanden. Die Diagnose wird durch den Urinbefund (Bacillus coli) und die Ausschaltung anderer Zustände, wie Tuberkulose und Stein, gestellt; cystoskopische Untersuchung und

Ureteren-Katheterisation können zur Diagnose noch benutzt werden. **Differentialdiagnostisch** kommen Schwangerschaftsalbuminurie, Malaria, Influenza, Pneumonie und Pleuritis in Betracht; bei Kindern wurde tuberkulöse Meningitis als Pyelitis diagnostiziert und umgekehrt, Appendicitis von allen Unterleibserkrankungen am häufigsten mit Bacillus coli-Infektion der Harnwege verwechselt. Bezüglich der **Therapie** genügen in milderen Fällen Diät, Bettruhe (bei akuten Anfällen), Sorge für Stuhlentleerung, alkalische Wässer, in hartnäckigeren Fällen spezifische **Vaccine** (aus des Patienten eigenen Urin gezüchtet) mit 10—40 Millionen beginnend und alle zehn bis zwölf Tage wiederholt, aber nicht über 250 Millionen hinausgehend. Vorzeitige Unterbrechung der Schwangerschaft leistet zuweilen gute Dienste, ebenso Nephrotomie bei Pyonephrosis und Nephrektomie bei einseitigen, hyperakuten Fällen.

Stern-München.

Die Vaccinebehandlung bei der Infektion des Urintractus mit Bacterium coli, von F. Billings-Chicago. (*Amer. Journ. med. scienc.* Mai 1910.) Von den Fällen, welche Bakterien im Urin aufweisen, sind vollauf die Hälfte Beispiele von Infektion mit Bacillus coli communis. Verfasser schildert den Modus des Eindringens dieses Mikrobions und die dabei entstehenden klinischen Erscheinungen. Seit den letzten fünf Jahren hat er spezielle Beobachtungen angestellt, um die Wirksamkeit der Behandlung mit autogenen Vaccinen zu erproben. Folgende Beispiele werden kurz geschildert: Eine 24jährige Frau hatte seit sechs Jahren intermittierend an Hämaturie gelitten; die ausgiebige Behandlung inkl. Nephrotomie war erfolglos. Schließlich wurde bei Verabreichung von autogener Vaccine (alle acht bis zehn Tage) im Laufe von drei Monaten Heilung erzielt. Bei einem 58jährigen Manne war die Bakteriurie mit Prostatitis kompliziert; ein anderer litt an urämischen Erscheinungen, und bei einem weiteren Fall bestand Bakteriurie im Verein mit Tuberkulose des uropoietischen Systems. Die Injektionen wurden in der sonst üblichen Weise mit Reinkulturen des Bacillus nach Abtötung durch Erhitzen auf 60° während 30 Minuten gegeben. Die Dosis variierte von fünf Millionen bis zum Maximum von einer Milliarde. Im allgemeinen sind die kleineren Dosen vorzuziehen. Zum Schluß warnt Verfasser dringlich davor, diese Bazilleninfektion für alle möglichen Folgen verantwortlich zu machen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Behandlung infektiöser Prozesse des Urintraktes mittels bakterieller Vaccinen, von H. F. Hartwell und E. C. Streeter-Boston. (*Public. Massachusetts Gen. Hosp.* Bd. III, Nr. 2. Okt. 1910.) Unter den hier ausführlich mitgeteilten 19 Fällen finden sich neun, bei denen ausschließlich die Blase affiziert war, während bei den anderen zehn Kranken sowohl Blase wie Ureter und Niere Sitz der Infektion waren. Am häufigsten (in zwölf Fällen) handelte es sich um den Bacillus coli communis; bei vier Kranken fand man neben dem Bacillus coli einen Streptococcus, und bei den drei anderen Fällen sind teils Staphylococcus albus und aureus, teils Streptokokken angegeben. Neben der Vaccinebehandlung wurden in den meisten Fällen noch sonstige therapeutische Mittel angewandt, was Verfasser bei der kritischen Würdigung ihrer Resultate gebührend berücksichtigen. Es wurden durchweg autogene Vaccinen in Anwendung gebracht. Die Dosis variierte von einer Anfangsdosis von zehn Millionen bei Kindern bis auf 1200 Millionen bei einzelnen sehr refraktären Fällen. Üble Nebenwirkungen von irgend welcher Bedeutung wurden nicht beobachtet. Als Gesamtergebnis erklären Verfasser, daß die Methode bei milder Cystitis günstig zu wirken scheint, daß sie aber versagte bei den schwereren Formen der Cystitis sowie bei Pyurie und Bakteriurie. Bei Pyelitis schien sie die Genesung zu beschleunigen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Heilbarkeit der renalen und vesikalen Tuberkulose mit inneren Mitteln, von Le Clerc - Dandoy. (*Bull. de la soc. royale des sc. méd. et nat. de Bruxelles.* 68. Jahrgang. Nr. 7.) Der Autor hatte aufserordentlich gute Erfolge aufzuweisen mit einer Behandlung, die in zweimal wöchentlicher Injektion von minimalen Dosen von Tuberkulin - Denys (1/10 ccm der neunten Verdünnung) und intravenösen Hetolinjektionen nach Landerer bestand. *Gunsett-Strafsburg.*

Die Tuberkulinbehandlung der Harnwegetuberkulosen, von Ch. Mantoux. (*La presse med.* 1910. Nr. 76.) Der Verfasser beschreibt einen Fall von Nierentuberkulose, der sich nach vorhergehender Nierenexstirpation wegen derselben Krankheit entwickelt hatte, nachdem während fünf Jahren anscheinende Heilung bestanden hatte, und welcher durch Tuberkulinbehandlung in auffallender Weise gebessert wurde. Er bespricht im Anschlusse daran die Behandlung der tuberkulösen Erkrankungen des Harnapparates mittels Tuberkulin und gelangt zum Schlusse, dafs dasselbe in folgenden Fällen Anwendung finden soll: Bei Blasentuberkulose, ohne renale Lokalisation; in allen Fällen von doppelseitiger Tuberkulose oder bei Rezidiv nach Nephrektomie; als postoperative Behandlung nach Nierenexstirpationen bei einseitiger, wenig vorgeschrittener Nierentuberkulose. Stark vorgeschrittene Tuberkulose einer Niere hingegen indiziert die operative Entfernung derselben.

Die Behandlung besteht in subkutanen Einspritzungen von Tuberkulin, indem man mit den schwächsten Dosen beginnt und die Temperatur des Kranken genau beobachtet. Jede Temperaturerhöhung ist ein Fingerzeig, die Dosis noch mehr zu schwächen, während dann, wenn keine Reaktion eintritt, die Dosis in progressiver Weise zu verstärken ist. Am besten macht man jeden vierten Tag eine Injektion.

Gleichzeitig wird auch eine allgemeine Behandlung eingeleitet, doch wären die von manchen empfohlenen Sonnenbäder zu vermeiden, da dieselben kongestive Erscheinungen bewirken können, die man als febrile Reaktion bewirkt durch das eingespritzte Tuberkulin ansehen könnte.

Harnantiseptika geben gute Erfolge, namentlich wenn es sich um gemischte Infektionen der Harnwege handelt, und ist diesbezüglich namentlich das Methylenblau hervorzuheben.

Der erwähnten Behandlung können auch lokale Waschungen und Instillationen hinzugefügt werden.

Von den 70 in der Literatur beschriebenen Fällen wurden 33% geheilt, 48% gebessert, 11% blieben stationär und 8% starben, die Resultate können also bei einer allgemein als unheilbar betrachteten Krankheit als recht gute bezeichnet werden.

E. Toff-Braila.

Die operative und spezifische Behandlung der Nieren- und Blasentuberkulose, von Hermann Kümmell - Hamburg. (*Ther. der Gegenwart.* Dez. 1910.) Nach Besprechung der Infektionswege und ausgezeichneten Resultate der operativen Behandlung werden die Erfolge der Tuberkulintherapie kritisiert. Hiervon sah Autor bei Nierentuberkulose nichts Erfreuliches. In den vier selbstbeobachteten Fällen, wo er nach länger dauernder Tuberkulinbehandlung die später entfernten Nieren untersuchen konnte, sah er keine Anzeichen einer beginnenden oder an einzelnen Stellen schon abgeschlossenen Heilung. Die klinischen Besserungen im Anfang der Tuberkulinkur sind meist trügerisch und daher mahnt Kümmell, nicht durch unnützes Warten die Weiterverbreitung des tuberkulösen Prozesses zu fördern.

Arthur Schucht-Danzig.

Der Chirurg bei einer kompletten akuten Urinretention, von Li Virghi. (*Giorn. internaz. delle scienze med.* 1910. Nr. 23.) Zusammenfassende Darstellung des bekannten Regimes. *Haas-Hamburg.*

Über ungewöhnliche Fälle dauernder Harnverhaltung, von L. Casper-Berlin (*Berl. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 10.) In zwei Fällen von kompletter Harnverhaltung liefs sich keines der geläufigen ursächlichen Momente nachweisen, nämlich cerebrale, spinale Prozesse, mechanische Hindernisse von Prostatahypertrophien, -Tumoren, Strikturen der Harnröhre.

Die Erklärung in dem einen Falle lautet: Altersblase, die frühzeitig — im 60. Lebensjahre — in die Erscheinung getreten ist. Der Blasenmuskel ist degeneriert, es hat sich eine bindegewebige Sklerose des Detrusor eingestellt.

Bei dem zweiten Fall, einem 34 Jahre alten Manne, welcher von seinem 28. Jahre an auf den Katheter angewiesen ist, führte eine Hautaffektion: Atrophia cutis idiopathica, ferner Atrophien an einzelnen Muskeln der Hände und Finger zu der Diagnose, dafs in gleicher Weise auch die Blasenmuskulatur atrophisch sei. Übereinstimmend hiermit waren cystoskopisch multiple Divertikel nachweisbar.

Arthur Schucht-Danzig.

Die Behandlung der Enuresis durch Reedukation, von Charles Herrmann-New York. (*Archives of Pediatrics.* Aug. 1910.) H. hält es für zweifellos, dafs die Enuresis in der grofsen Mehrzahl der Fälle eine reine funktionelle Neurosis darstellt, wofür wir selten irgendwelche ausgesprochenen Veränderungen im Urin oder Urogenitalsystem finden. Es handelt sich primär um eine psychische Störung, welche wohl mit Stottern zu vergleichen wäre. H. schien nun eine Methode, welche mit Erfolg bei der Behandlung von Tics angewandt wurde und den Patienten willkürlich eine Zeit lang die Muskelaktion ausführen läfst, die er unwillkürlich ausübt, für die Behandlung des unwillkürlichen Harnabganges geeignet. Er läfst den Patienten in regelmäfsigen Pausen urinieren, aber derselbe darf zuerst nur eine kleine Menge, etwa 4 g, urinieren und mufs dann pausieren, dann wieder ebensoviel, wieder aussetzen u. s. f., bis die Blase leer ist. Auf diese Weise übt er den Mechanismus, welcher die Mixtion kontrolliert, und erzieht sich in der willkürlichen Ausführung dieses Aktes. Ist dies zwei- oder dreimal unter der Leitung des Arztes geschehen, so kann der Patient diese Übung selbst ausführen. *Stern-München.*

Über Beziehungen der Enuresis nocturna zu Rudimentärformen der Spina bifida occulta („Myelodysplasie"), von Alfred Fuchs - Wien. (*Wien. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 27.) Der Verfasser ist der Ansicht, dafs die Enuresis der Kinder und der Erwachsenen nicht als eine Neurose im landläufigen Sinne des Wortes aufzufassen ist, sondern als eine Erscheinung, welche in unmittelbarer Abhängigkeit steht von der Funktionsentwicklung der unteren Rückenmarksabschnitte; als solche kongenitalen Defektbildungen der unteren Rückenmarksabschnitte — Myelodysplasie — hat F. vorgefunden: Spaltbildungen der unteren Wirbelsäulenabschnitte, Deformationen des Fufsskeletts, Syndaktylie, Reflexanomalien, Sensibilitätsstörungen usw.

Schourp-Danzig.

Organotherapie des Bettnässens, von D. Konrádi - Kolozsvár. (*Gyógyószat.* 1910. Nr. 39—40.) K. behandelte sieben Fälle fünf, sechs bis zehn Monate lang mit Thyreoidtabletten. Er machte mit $^1/_2$ Tablette den Anfang und steigerte die Tagesdosis auf zweimal zwei Tabletten. In drei Fällen trat Heilung langsam, aber, wie es scheint, sicher und dauernd ein. Sodann machte er nach Serralach mit Hodenextrakt Versuche; mit den Bourrogh Welcom et Comp. Didymintabletten behandelte er vier Fälle. In einem Falle mit wenig Erfolg, in einem andern mit beinahe vollkommener Heilung, in einem mit Besserung, aber mit späteren Rückfall.

Porosz-Budapest.

Demonstration: I. Eines Evakuationscystoskops mit auswechselbaren Kathetern beliebigen Kalibers.

II. Eines Photographiencystoskops mit zwei Lampen und zentrisch aufsitzender Kamera, von A. Freudenberg-Berlin. (Verh. der Dtsch. Ges. f. Urologie, II. Kongrefs in Berlin 1909.). *Arthur Schucht-Danzig.*

Klinische Beispiele zur Verwendung des Cystoskops, des Urinseparators und des Ureterenkatheters, von E. Deansly - Wolverhampton. (*Brit. med. Journ.* 10. Febr. 1910.) Der Bericht umfafst zwölf Fälle und bietet verschiedene interessante Einzelheiten. Die Affektionen umfafsten Blasentumoren, Nierensteine, einseitige totale Nierenatrophie usw. Verfasser findet, dafs der Luys'sche Separator sehr wohl sein Verwendungsfeld neben dem Ureterenkatheter beanspruchen kann.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Technik der Cystoskopie und ihre klinische Bedeutung, von Em. Remete-Budapest. (*Urologia*, Beiblatt der *Budapesti Orvosi Ujság*. 1910. Nr. 2.) Nichts Neues. *Porosz-Budapest.*

Ein neues urologisches Instrumentarium vereinfachter Konstruktion, von Gorodischtsch. (*Petersb. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 17.) Beschreibung eines Mikrotransformators für Endoskopie, eines Tisches für cystoskopische Untersuchungen und einer Taschenbatterie für Endoskopie. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Der praktische Nutzen des Cystoskops für den allgemeinen Praktiker, von B. A. Thomas-Philadelphia. (*The Therap. Gaz.* Mai 1910.) Th. ist der Meinung, dafs die Einführung des modernen Cystoskops kaum gröfsere Schwierigkeiten macht, als eine gewöhnliche Stahlsonde, und dabei selbst dem Ungeübten so viel mehr Möglichkeiten einer richtigen Diagnosestellung bietet, dafs er es für unbedenklich hält, wenn der Praktiker mehr als bisher zum Cystoskop greift. Er gibt eine Reihe Regeln für den vorsichtigen Gebrauch des Instruments, die von den bekannten nicht abweichen. Selbst Chromocystoskopie sollte der Praktiker ausüben, da nichts einfacher ist, als 20 ccm einer 0,4%igen Indigokarminlösung intramuskulär in die Glutäen zu spritzen und dadurch die Beobachtung der Harnleiteröffnung erleichtert und die Beurteilung der Nierentätigkeit bis zu einem gewissen Grad ermöglicht wird.

W. Lehmann-Stettin.

Das Cystoskop als diagnostisches Hilfsmittel, von Stephan E. Tracy-Philadelphia. (*New York med. Journ.* 2. Juli 1910.) Verfasser hebt all die Vorteile hervor, welche die cystoskopische Untersuchung bezüglich der Diagnose bietet: wir sind damit imstande, jeden Teil der Blase, einschliefslich das Trigonum und den inneren Blasensphinkter zu untersuchen, die Erweiterung und Zusammenziehung um die Ureterenmündungen, Beschaffenheit, Menge und Art, wie der Urin aus den Ureteren herauskommt, etwa vorhandene Kongestion, Entzündung, Schleim, Eiter, Steine, Fremdkörper usw. zu beobachten. Mit dem Ureterenkatheter können wir an den Ureteren eine Striktur, Kompression oder Verlegung durch einen Stein, die Kapazität des Nierenbeckens, den Grad einer Hydronephrosis und die Menge des von jeder Niere ausgeschiedenen Urins feststellen. Proben zur chemischen, mikroskopischen und bakteriologischen Untersuchung können entnommen, Tierimpfung damit ausgeführt und gewisse Nierenerkrankungen geheilt werden. Die Phloridzin-, die Indigo-Karmininjektionen sind weitere Proben zur Funktionsfähigkeit der Nieren. T. wählt nun aus seinem Material 25 Fälle aus, die (ohne die gewöhnlichen Fälle von Cystitis) in besonders ausgeprägter Weise die Vorteile der cystoskopischen Untersuchung und die diagnostischen Irrtümer, welche ohne dieselbe vorgekommen wären, illustrieren. Es waren darunter sieben Fälle, bei welchen die Symptome auf Steine schliefsen liefsen, aber in zweien derselben ergab die Untersuchung traumatischen Verschlufs der Ureteren, in einem Falle lautete die Diagnose eines Arztes auf Magencarcinom, während der Katheterismus beiderseitige Pyelonephritis feststellte, was dann auch durch die Opera-

tion bestätigt wurde. Wenn auch die Röntgenstrahlen von grofsem Wert, besonders zur Diagnose der Steine, sind, so möchte ihnen T. erst den Rang nach der Cystoskopie einräumen, zumal sie doch zuweilen zu Irrtümern Veranlassung geben können. Ein Schatten auf der Platte kann z. B. für einen Stein gehalten werden, aber von einer aufserhalb des Ureters befindlichen verkalkten Drüse, einem atheromatösen Herd in einem Blutgefäfs, einem Phlebolith, einem Fremdkörper in den Eingeweiden u. a. herrühren. Der einzige Weg, festzustellen, ob ein Schatten auf der Platte einem Stein im Harnleiter oder irgendeiner aufserhalb desselben befindlichen fremden Substanz entspricht, besteht darin, einen feinen Draht durch den Ureterenkatheter einzuführen, bevor das Röntgenbild aufgenommen wird. Kurz, bei Nierensteinen müssen nicht eine, sondern alle Methoden kombiniert zur Diagnose herangezogen werden. Vier Abbildungen sind beigefügt, um besonders die Bedeutung der erwähnten Drahteinführung zu demonstrieren. Auf das Interessante weiterer Einzelheiten und Angaben der in einigen Fällen schon unnötigerweise ausgeführten Operationen mufs verzichtet und auf die Lektüre der Arbeit verwiesen werden. *Stern-München.*

Einiges über Cystoskope. (*Med. techn. Rundschau.* 1910. Heft 10.) Dieser Artikel nimmt die vorzügliche Optik der Nitzeschen Cystoskope gegen Angriffe in Artikeln verschiedener Zeitschriften in Schutz. *Arthur Schucht-Danzig.*

Ein wirklicher Fortschritt in der Optik der Cystoskope. Das einfache Cystoskop von Ringleb, das Cystoskop für Prostatiker und für Ureterenkatheterismus, Carmelo Bruni. (*Riforma med.* 1910. Nr. 45.) Beschreibung des Ringlebschen Instruments mit Zeiss'scher Optik. *Gunsett-Strafsburg.*

Über Orthocystoskopie, von Hugo Feleki-Budapest. (*Urologia,* Beiblatt der *Budapesti Orvosi Ujság.* 1910. Nr. 1.) F. beschreibt das Frankesche Cystoskop. Nichts Neues. *Porosz-Budapest.*

Bemerkungen über einige cystoskopische Fälle, von J. Mill Renton-Glasgow. (*Glasgow. med. Journ.* Sept. 1910.) Kurze Beschreibung von sechs Fällen, welche beweisen, wie unmöglich es ist, aus den klinischen Symptomen allein eine genaue Diagnose von Blasen- und Nierenaffektionen zu stellen. In zwei Fällen wurde durch die cystoskopische Untersuchung einseitige Nierentuberkulose bzw. Pyelitis konstatiert, im ersteren Falle wurden bei späterer Urinuntersuchung auch Tuberkelbazillen gefunden und durch Tuberkulinimpfung Heilung erzielt. Zwei andere Fälle zeigen die Wichtigkeit der cystoskopischen Untersuchung bei Verdacht auf Blasensteine oder wirklich vorhandener Steinkrankheit. Bei Fällen von schmerzloser Hämaturie ist es absolut unmöglich, ohne cystoskopische Untersuchung zu sagen, ob das But von Nieren oder Blase kommt; als Beispiel führt R. einen selbst behandelten Fall zahlreicher Blasenpapillome an, die operativ entfernt wurden, aber bald wieder rezidivierten; im Anschlufs an diesen Fall wirft er die Frage auf, welches die beste Behandlungsmethode für solche Fälle sei: ob es vorzuziehen sei, die Blutung rein palliativ zu behandeln oder — was nur bei frühzeitiger Diagnose möglich ist —, alle Geschwulstmassen radikal zu beseitigen. *Stern-München.*

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 52. | Nº 10. | 15. Mai 1911.

Zur Chemie der Haut.

VIII.

Der locker gebundene Schwefel der Hornsubstanzen.

Von

P. G. UNNA und L. GOLODETZ.

Man hat von jeher in den Horngeweben zwischen fest gebundenem und locker gebundenem Schwefel unterschieden. So sagt beispielsweise NEUMEISTER[1]:

„Ein Teil des Schwefels spaltet sich beim Erwärmen der Eiweifskörper mit KOH als Schwefelkalium verhältnismäfsig leicht ab und bildet daher beim Zusatz von etwas Bleiacetat zur Flüssigkeit schwarzes Schwefelblei. Der Rest des Schwefels dagegen, welcher offenbar in oxydierter Form vorhanden ist, läfst sich nur bei der völligen Zerstörung und Oxydation des Eiweifses durch Schmelzen mit Kali und Salpeter oder Behandlung mit rauch. HNO_3 als Schwefelsäure nachweisen. Das Eiweifsmolekül enthält also mindestens zwei Atome Schwefel."

ARNOLD[2] sagt:

„Der Schwefel (des Keratins) ist zum Teil so lose gebunden, dafs keratinhaltige Gewebe durch Blei- und Silbersalze geschwärzt werden, indem sich deren Sulfide bilden (Haarfärbemittel). Hornspäne entwickeln schon feucht Schwefelwasserstoff."

In einer früheren Arbeit[3], die sich mit der elementaren Zusammensetzung der Hornsubstanzen beschäftigte, haben wir auch den Schwefelgehalt derselben eingehend berücksichtigt. Unsere damaligen Analysen ergaben einen Schwefelgehalt von

unbehandelter menschlicher Hornschicht	= 0,8 %
unbehandeltem Ochsenhorn	= 3,12 %

---

[1] NEUMEISTER, Lehrbuch der physiologischen Chemie. Jena, Fischer, 1897. S. 23.

[2] Repet. d. Chemie. 11. Aufl. S. 577.

[3] UNNA und GOLODETZ, „Neue Studien über die Hornsubstanz." II. Mitteilung. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1908. Bd. 47.

Dagegen fanden wir in den durch Schwefelsäure + Wasserstoffsuperoxyd gewonnenen Teilprodukten derselben Hornsubstanzen andere Werte:

Menschliche Hornschicht	Keratin A	(13 %)	= 1,63 %
	„ B	(10 %)	= 2,2 %
	Albumosen	(77 %)	= 0,96 %
		100 %.	
Ochsenhorn	Keratin A	(6 %)	= 1,98 %
	„ B	(36 %)	= 2,61 %
	Albumosen	(58 %)	= 0,89 %
		100 %.	

Die Schwefelzahlen der getrennten Teilprodukte beider Hornarten zeigten mithin eine auf den ersten Blick merkwürdige Abweichung von dem Schwefelgehalt der Hornsubstanz, von der sie herstammten. Während die getrennten Einzelbestandteile des Ochsenhorns weniger Schwefel aufweisen als das zugehörige Ochsenhorn (3,12 %), zeigten die Einzelprodukte der menschlichen Hornschicht einen gröſseren Schwefelgehalt als die nicht zerlegte Hornschicht selbst (0,8 %). Wir muſsten deshalb annehmen, daſs diese Differenzen von der Darstellung herrührten, da ja dabei $H_2SO_4 + H_2O_2$ als Trennungsmittel in Anwendung kam. In dem einen Falle (bei der Hornschicht) müſste das Material durch die Einwirkung von H_2SO_4 *schwefelreicher* geworden sein, indem es Sulfogruppen aufnahm, im anderen Falle dagegen (bei Ochsenhorn) müſste bei der Zerlegung Schwefel abgespaltet worden sein. Diese Annahme hat sich insofern bestätigt, als wir direkt nachweisen konnten, daſs bei Ersatz der konzentrierten H_2SO_4 durch rauchende HNO_3 als Trennungsmittel in der Tat Ochsenhorn Schwefel verliert, welcher als H_2SO_4 im Filtrate nachweisbar ist, während in dem entsprechenden Filtrat bei Hornschicht sich keine H_2SO_4 nachweisen läſst.

Wir schlossen damals aus diesen Tatsachen, daſs *Ochsenhorn viel abspaltbaren, lockeren Schwefel* besitzt, Hornschicht dagegen sehr wenig. Uns scheint diese Unterscheidung von fest gebundenem und locker gebundenem Schwefel in der Hornsubstanz eine groſse biologische Bedeutung zu besitzen. Denn wenn wir an die Beantwortung der Fragen herantreten, wie denn eigentlich äuſserlich applizierte Substanzen (Heilmittel) auf die Hornschicht und den in ihr enthaltenen Schwefel wirken, so kommt naturgemäſs in erster Linie der leicht abspaltbare, locker gebundene Schwefel in Betracht. Bei dieser Sachlage war es von Wichtigkeit, die von uns gefundene relative Verschiedenheit der Hornsubstanzen in bezug auf diesen Gehalt an lockerem Schwefel durch eine zweite Versuchsreihe zu erhärten.

Zu den Reaktionen zur Erkennung von Eiweiſs gehört auch die sogenannte „*Schwefelprobe*“. Dieselbe lautet (nach Sig. Fraenkel):

„Eiweifslösungen in Lauge geben nach Zusatz eines Blei- oder Wismutsalzes bei längerem Kochen eine Schwärzung und Ausscheidung von PbS, resp. BiS. Die Reaktion beruht auf der Anwesenheit von Cystingruppen im Eiweifsmolekül (Pepton, Protamin geben diese Reaktion nicht)."

Diese Reaktion schien uns geeignet, um mit ihrer Hilfe die Art der Schwefelbindung in den von uns untersuchten Hornsubstanzen zu ermitteln. Stücke von menschlicher Oberhaut der Fufssohle und von Ochsenhorn wurden im Reagierglas mit Natronlauge übergossen und mit Bleiacetat versetzt. Es zeigte sich bei beiden eine Schwärzung infolge der Bildung von Schwefelblei in den Geweben, und zwar bei der Oberhaut schwach, bei dem Ochsenhorn sehr stark. Dagegen fiel dieselbe Reaktion bei den aus beiden Hornsubstanzen mittelst $H_2SO_4 + H_2O_2$ isolierten Produkten: Keratin A, Keratin B und Albumosen völlig negativ aus. Ebenso negativ reagierte das mittelst NH_3 dargestellte Keratin der Pharmakopoe.

Die Schwefelprobe ergab uns also das unzweideutige Resultat, dafs Ochsenhorn sehr viel lockeren Schwefel enthält, die Oberhaut der menschlichen Fufssohle wenig und die Teilprodukte (Keratin A, Keratin B, Albumosen, Keratin offizinell) gar keinen. Dieses Ergebnis, soweit es die Ausgangsprodukte betrifft, stimmt also genau mit den Schlufsfolgerungen überein, die wir oben aus unseren Hornanalysen gezogen haben.

Was die erwähnten Teilprodukte anbetrifft, so ist es wohl sicher, dafs die starke Behandlung der Hornsubstanzen mittelst Säuren und Alkalien, wie sie bei der Darstellung obiger Substanzen stattfindet, den lockeren Schwefel beseitigt hat, was übrigens aus den Analysen des Ochsenhorns direkt hervorgeht. Da diese Teilprodukte immer noch einen beträchtlichen Gehalt an Schwefel aufweisen (siehe oben S. 506), so kommen auch wir auf Grund obiger Ausführungen zu einer strengen Unterscheidung zwischen dem lockeren Schwefel der Hornsubstanzen einerseits und dem gebundenen Schwefel derselben andererseits, welch letzterer bei der Reaktion mit Natronlauge und Bleiacetat nicht reagiert.

Nun galt es, topographisch festzustellen, wie dieser lockere Schwefel in den einzelnen Regionen der Oberhaut verteilt ist und namentlich wie sich in dieser Beziehung die Hornschicht zur Stachelschicht verhält.

Die zum Nachweis des lockeren Schwefels dienende Schwefelprobe ist nun wohl geeignet, auf makroskopischem Wege — durch einen Versuch im Reagierglas — festzustellen, ob eine Substanz solchen Schwefel aufweist. Für mikroskopische Zwecke aber, wo es sich vor allen Dingen darum handelt, den Sitz des gesuchten Stoffes und seine Verteilung im Präparat zu finden, kommt die Schwefelprobe, wie sie bis jetzt vorgeschrieben wird, gar nicht in Betracht; würde man einen Schnitt mit Natronlauge übergiefsen und dann Bleiacetat zugeben, so würden die hierbei entstandenen

Niederschläge eine Beobachtung des Präparates unmöglich machen. Zu einer brauchbaren mikroskopischen Reaktion gehört die Anwendung einer klaren Flüssigkeit als Reagens und das Auftreten einer Verfärbung an den Stellen, wo die gesuchte Verbindung vorhanden ist.

Es gelang uns, die Schwefelprobe so zu modifizieren, daſs sie diesen Anforderungen genügt und somit zu einer mikroskopischen Prüfung geeignet wurde.

Bekanntlich gibt Natron- oder Kalilauge auf Zusatz eines löslichen Bleisalzes zunächst einen weiſsen Niederschlag von Bleihydroxyd $Pb(OH)_2$, der im Überschuſs des Alkalis sich wieder zu $Pb(ONa)_2$ oder zu $Pb(OK)_2$ auflöst. Diese Eigenschaft des Bleihydroxyds benutzten wir, um zu der notwendigen klaren Mischung von NaOH und dem Bleisalz zu gelangen. Zu einer Lösung von 0,5 g Bleiacetat in 10 ccm Wasser wird solange 10%ige NaOH zugesetzt, bis der zuerst eintretende Niederschlag sich (in der Wärme) wieder auflöst. Man erhält auf diese Weise eine klarbleibende Flüssigkeit, die zugleich ein Bleisalz und freie Natronlauge enthält. Auf Zusatz der geringsten Mengen H_2S entsteht in dieser Mischung die bekannte schwarze Fällung von PbS. Dieses Reagens färbt alle Stoffe, die lockeren Schwefel enthalten (Wolle, Haare usw.) braun bis schwarz. Die Natronlauge entnimmt dabei den Eiweiſssubstanzen den lockeren Schwefel zur Bildung von Na_2S, welches sich mit dem Bleiacetat zu PbS und Natriumacetat umsetzt. Die mit der Lösung behandelten Oberhautstücke und Ochsenhornspäne färbten sich ebenfalls mehr oder minder rasch gelb, dann braun und schlieſslich schwarzbraun.

Die Färbung mit dem Reagens ist nur quantitativ, nicht aber qualitativ von der bei der üblichen Schwefelprobe (Kochen der schwefelhaltigen Substanz und Zusatz von Bleisalz) auftretenden schwarzbraunen Färbung verschieden. Übergieſsen wir Hornspäne mit einigen Tropfen des Reagens, so färben sich dieselben nach einiger Zeit gelbbraun. Erhitzt man die Mischung bis zum Aufkochen, so färben sie sich rasch schwarzbraun. Dasselbe wird auch erreicht, wenn man die Mischung mehrere Stunden in der Kälte stehen läſst. Also ist der Einfluſs der Hitze bei der Reaktion nur ein beschleunigender. Übergieſst man mäſsig dünne Schnitte von Hornschicht mit dem Reagens, so zeigt sich eine nur schwache Verfärbung der Hornschicht, während die Haare in denselben Schnitten viel rascher und intensiver gefärbt erscheinen.

Wenn man dieses „Reagens auf lockeren Schwefel“ für histologische Zwecke anwendet, muſs man berücksichtigen, daſs die Tiefe der Verfärbung um so gröſser ist, je dicker die betreffenden Stücke sind. Daher empfiehlt es sich, nicht zu dünne Schnitte zur Untersuchung zu verwenden, da an ihnen höchstens eine leicht gelbbraune Färbung zustande kommt. Schnitte von 50 μ Dicke ergeben die befriedigendsten Färbungen und

scharfe Kontraste. Da in jedem dieser Schnitte, auch wenn sie sehr dick sind, doch nur ein ganz bestimmter und nicht bedeutender Gehalt an lockerem Schwefel zur Verfügung steht, so geht in jedem Falle die Färbung nicht über einen bestimmten Intensitätsgrad hinaus, der von gesättigtem Gelb bis zum Schwarzbraun schwankt. Es hat daher auch keinen Sinn, die Färbungsdauer über dieses Intensitätsmaximum hinaus auszudehnen; gewöhnlich genügen zu dieser Färbung 10—30 Minuten. Man kann zu dieser Reaktion jedes in den üblichen Mitteln (Alkohol, Formalin, Sublimat) fixierte Material benutzen, da durch diese Mittel der lockere Schwefel nicht beeinflufst wird. Celloidinschnitte sind ebenso brauchbar wie Gefrierschnitte. Sie werden wie gewöhnliche Schnitte durch Alkohol in Balsam gebracht.

Die so behandelten Schnitte lassen erkennen, dafs die verhornte Oberhaut der eigentliche und fast alleinige Sitz der Schwefelbleifärbung ist. Schon mit blofsem Auge fällt an den Fufssohlenschnitten die scharfe Grenze der gelbbraunen Hornschicht gegen die farblose Stachelschicht auf. Innerhalb der Hornschicht finden wir die dunkelste Färbung an Stelle der am reinsten verhornten Partien, nämlich an den „H-Zellen“[4] an Stelle der Wellentäler. Durch diese tiefe Braunfärbung in den Tälern erscheint die ganze Hornschicht senkrecht braun gestreift. Zu einem ähnlichen Schlusse führt die Wahrnehmung, dafs an allen einzelnen Hornzellen der aus Keratin A bestehende Randsaum am dunkelsten gefärbt ist, zu dem Schlusse nämlich, dafs mit stärkerer Verhornung eine Anreicherung an lockerem Schwefel einhergeht. Auffällig ist es, dafs die basale Hornschicht gar nicht oder nur schwach gefärbt ist im Gegensatz zu den darüber befindlichen Lagen der Hornschicht. Eine Parallele hierzu bildet die Tatsache, dafs an Schnitten durch behaarte Haut die Haarschäfte sich sehr intensiv färben, während ihre doch auch verhornten Wurzelscheiden ganz ungefärbt bleiben. Der Umstand, dafs sich die Haarschäfte so intensiv färben, war ja zu erwarten, da die Haare bekanntlich besonders viel lockeren Schwefel enthalten.

Nachdem uns nun der Nachweis geglückt ist, dafs der locker gebundene Schwefel sich durchweg an die stärker verhornten Partien der Oberhaut hält (Haar, Hornschicht, besonders H-Zellen, und Keratin A) und dafs sehr stark verhornte Substanzen, wie Ochsenhorn, besonders viel lockeren Schwefel besitzen, wandten wir uns der Frage zu: Was hat man sich eigentlich unter dem sich bei der Verhornung vermehrenden, „lockeren Schwefel“ vorzustellen? Keinenfalls vollständig freigewordenen Schwefel;

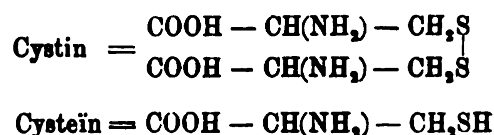
---

[4] Unna und Golodetz, „Zur Chemie der Haut. IV. Über Eisenreaktionen der Hautelemente und über chemische Differenzen unter den Hornzellen.“ *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1909. Bd. 49, S. 95.

denn dieser müſste durch alle Lösungsmittel des Schwefels (CS_2 usw.) aus den Hornsubstanzen aufgenommen und entfernt werden können, was bekanntlich nicht der Fall ist.[5] Es kann sich bei dem lockeren Schwefel also nur um eine besondere, lockere Bindung des Schwefels an eine der Eiweiſskomponenten handeln, und von diesen kommen eigentlich nur Cystin und Cysteïn in Betracht.

Dies sind nämlich die einzigen bisher durch Hydrolyse (Zersetzung des Eiweiſses durch Mineralsäuren) erhaltenen Spaltungsprodukte des Eiweiſses, welche Schwefel enthalten und bezeichnenderweise auch sowohl die Schwefelprobe wie unsere mikrochemische Probe auf lockeren Schwefel geben.

Cystin und Cysteïn finden sich in den Hornsubstanzen in gröſserer Menge als in anderen Eiweiſsen, so z. B. in Pferdehaaren bis zu 12%, in Menschenhaaren bis zu 14%. Ihre Formeln sind:



$$\text{Cystin} = \begin{matrix} COOH - CH(NH_2) - CH_2S \\ COOH - CH(NH_2) - CH_2S \end{matrix}$$

$$\text{Cysteïn} = COOH - CH(NH_2) - CH_2SH$$

Man kann beide Verbindungen leicht ineinander überführen. Durch Kochen mit Zink und Salzsäure geht Cystin in sein Reduktionsprodukt Cysteïn über, während andererseits die wässerige Lösung von Cysteïn schon bei gewöhnlicher Temperatur an der Luft zu Cystin oxydiert wird. Beide Verbindungen geben beim Kochen mit Natronlauge ihren Schwefel ab.

Bei den physiologischen Chemikern herrscht die Ansicht, daſs der lockere Schwefel der Eiweiſsstoffe mit dem Schwefel des Cystins zu identifizieren sei. So sagt NEUMEISTER[6]:

„Der sog. locker gebundene Proteïnstoffschwefel ist in einer weniger leicht verbrennbaren Form (d. i. Oxydierbarkeit zu H_2SO_4) nämlich einerseits an Kohlenstoff, andererseits an Wasserstoff gebunden. Das ergibt sich aus seinem Verhalten beim Abspalten mit Laugen. Denn wäre der leicht eliminierbare Schwefel auch nur teilweise oxydiert, so würde er bei dieser Operation nicht als Alkalisulfid, sondern in einer Schwefel-Sauerstoffverbindung den Eiweiſsstoffen entzogen werden. Ein dem locker gebundenen Proteïnschwefel entsprechendes Verhalten liegt nun beim Cysteïn[7] vor, so daſs der Auffassung nichts im Wege steht,

[5] Übrigens gibt nach unseren Versuchen reiner, von H_2S vollkommen freier Schwefel, mit Natronlauge und Bleiacetat gekocht, so wenig die Schwefelprobe wie die mit unserer auf locker gebundenen Schwefel reagierenden Lösung.

[6] NEUMEISTER, Lehrbuch der physiologischen Chemie. 1897. S. 725—726.

[7] NEUMEISTER spricht hier nur von Cysteïn. Beim „Abspalten durch Laugen" wird aber ebensowohl aus Cystin wie aus Cysteïn Schwefel als Schwefelalkali abgespaltet.

nach welcher in dieser Substanz geborgen der leicht abspaltbare Schwefel der Eiweifsstoffe bei deren Spaltung im Organismus wenigstens teilweise auftritt."

Ferner sagt NEUMEISTER daselbst:

„Es scheint, dafs wenigstens ein gewisser Teil jenes Eiweifsschwefels, welcher durch Erwärmen mit Laugen leicht abspaltbar ist, intermediär in Cystin oder noch wahrscheinlicher in das wasserlösliche Cysteïn übergeht."

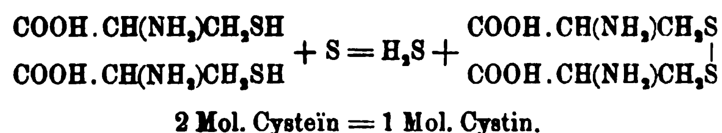
Wir müssen die Frage, ob aller lockere Schwefel in der Hornsubstanz als Cystin, respektive Cysteïn vorgebildet ist, noch für nicht gelöst halten. Es ist immer noch denkbar, dafs aufser diesen bekannten schwefelhaltigen Eiweifskomponenten, noch andere existieren, welche nach der sehr eingreifenden Prozedur der Hydrolyse nicht mehr gefunden werden, zumal die Hydrolyse die Eiweifse nicht ohne beträchtlichen Verlust zerlegt.

Immerhin spricht für die Rolle des Cystins bei der Frage des Hornschwefels nicht blofs der Umstand, dafs dieser Körper bei allen Hornsubstanzen in reichlicher Menge gefunden wurde, sondern dafs er gerade dort sehr reichlich vorhanden ist, wo die Analyse gleichzeitig viel lockeren Schwefel nachweist, z. B. in den Haaren. Haben wir aber jedenfalls mit Cystin zu rechnen, so bleibt immer noch die Frage zu beantworten, ob er als solcher oder in der reduzierten Form des Cysteïns vorliegt. Diese wichtige Unterfrage ist nun heute durch eine Arbeit von HEFTER ihrer Lösung näher gerückt.

HEFTER hat in einer Reihe von Abhandlungen über die reduzierenden Eigenschaften der Gewebe nachzuweisen versucht, dafs das im Molekül vieler Eiweifsstoffe vorhandene Cysteïn, speziell dessen Sulfhydrylgruppe als Träger der Reduktionswirkung dieser Eiweifsstoffe anzusehen ist. HEFTER begründet diese Behauptung damit, dafs genau dieselben Reduktionserscheinungen einerseits dem Cysteïn — sowie anderen, durch die Sulfhydrylgruppe (—SH) charakterisierten Schwefelverbindungen (Äthylmercaptan, Thiomilchsäure, Thiophenol u. a. m.) —, andererseits bestimmten schwefelhaltigen tierischen Geweben eigentümlich sind. Auf Grund dieser Übereinstimmung führt HEFTER die reduzierenden Eigenschaften der Eiweifsstoffe überhaupt auf die Sulfhydrylgruppe zurück und schafft somit eine einheitliche chemische Erklärung für die Reduktionswirkungen der tierischen Gewebe.

Uns interessiert für die vorliegende Untersuchung eine in der genannten Arbeit vielgebrauchte Reaktion zum Nachweise der Reduktionswirkungen des Eiweifses. Es ist die sogenannte „Sulfhydrylreaktion", die darauf beruht, dafs die betreffenden Stoffe beim Zusammenbringen mit Schwefel H_2S bilden. Wird z. B. Cysteïn zu einer wäfsrigen Aufschwemmung von Schwefel hinzugefügt, so entsteht ein deutlicher Geruch nach H_2S. Ein

darüber befestigtes Bleipapier färbt sich sehr rasch braun. Die Reaktion verläuft nach der Gleichung:

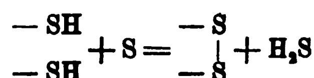


$$\begin{array}{l} COOH.CH(NH_2)CH_2SH \\ COOH.CH(NH_2)CH_2SH \end{array} + S = H_2S + \begin{array}{l} COOH.CH(NH_2)CH_2S \\ COOH.CH(NH_2)CH_2S \end{array}$$

2 Mol. Cysteïn = 1 Mol. Cystin.

Dieselbe Reaktion geben alle mit der Sulfhydrylgruppe ausgestatteten Verbindungen; sie wird auch noch postmortal von vielen Geweben geliefert.

Bei letzteren versagt aber diese Reaktion, wenn das Material vorher mit Oxydationsmitteln in Berührung war oder längere Zeit an der Luft gelegen hat. Sie erscheint wieder, wenn die so oxydierten Stoffe durch Reduktionsmittel in den früheren Zustand zurück verwandelt werden. HEFTER macht die plausible Annahme, daſs in frischen Eiweiſsstoffen und so auch in lebendem Gewebe das nach der Hydrolyse resultierende Cystin vorher in der reduzierten Form, d. h. als Cysteïn vorhanden gewesen ist. Die leicht vor sich gehende Oxydation des Cysteïns zu Cystin beruht auf dem Übergang von je zwei Sulfhydrylgruppen in eine Disulfidgruppe:



$$\begin{array}{l} -SH \\ -SH \end{array} + S = \begin{array}{l} -S \\ -S \end{array} + H_2S$$

Diese Reaktion mit Schwefel ist also lediglich bei denjenigen Eiweiſsstoffen anzutreffen, die Cysteïn enthalten und bei diesen auch nur so lange, als das Cysteïn erhalten bleibt und nicht etwa in Cystin übergegangen ist.

Wie verhalten sich nun die verschiedenen Hornsubstanzen gegenüber der Sulfhydrylreaktion?

Einer von uns[8] hat bereits diese Frage untersucht und gelangt auf Grund mikrochemischer Versuche mit verschiedenen Hornsubstanzen zu dem Ergebnis, daſs sowohl die Hornschicht der Fuſssohle wie Ochsenhorn, Keratin A, Keratin B, Hornalbumosen und das Keratin der Pharm. Germ. sich gegen die Sulfhydrylreaktion völlig negativ verhalten.

Danach ist Cysteïn im Horngewebe nicht nachweisbar und man hat es von beiden Substanzen lediglich mit Cystin zu tun, welches wir mithin als den Träger des lockeren Schwefels der Hornsubstanz anzusehen haben.

Ergebnisse.

1. Von den untersuchten Hornsubstanzen enthält Ochsenhorn am meisten, die Hornschicht der Fuſssohle viel weniger, deren Teilprodukte gar keinen lockeren Schwefel.

---

[8] GOLODETZ, „Die Wirkung des Schwefels auf die Haut". *Med. Klinik.* 1911.

2. Eine Modifikation der „Schwefelprobe" ergibt ein mikrochemisches Reagens, welches gestattet, die Topographie des lockeren Schwefels mikroskopisch zu erkennen.
3. Dieses „Reagens auf lockeren Schwefel" zeigt, daſs die Hornschicht mehr lockeren Schwefel enthält als die Stachelschicht und daſs im allgemeinen die stärker verhornten Substanzen (H-Zellen der Fuſssohlenhornschicht, die aus Keratin A bestehenden Hornmembranen, die Haare) einen stärkeren Gehalt an lockerem Schwefel aufweisen.
4. Bestimmte verhornte Elemente, nämlich die basale Hornschicht und die Wurzelscheide enthalten gar keinen lockeren Schwefel.
5. Die Cystine sind im allgemeinen die Träger des lockeren Schwefels in den Eiweiſssubstanzen und so auch in der Hornschicht. In dieser ist Cysteïn nicht nachweisbar.

Versammlungen.

Moskauer venerologisch-dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 27. März/9. April 1911.

(Originalbericht von Arthur Jordan.)

1. Fokin demonstrierte eine 25jährige Kranke mit einem **hämorrhagischen Exanthem**, welches angeblich im Anschluſs an einen Fall in den Kellerraum vor einem Jahr aufgetreten ist und sich langsam ausbreitet. Auf der unteren Hälfte der rechten Bauchpartie, wie auf der inneren Seite des rechten Oberschenkels finden sich teils braunrote, teils karmoisinrote Flecke, die auf Glasdruck nicht schwinden.

Bogrow findet, daſs die Lokalisation der Flecke einem Herpes zoster entspricht und führt dieselben auf trophische Störungen in Folge des Traumas zurück.

Krassnoglasow ist derselben Ansicht.

2. Bogrow führte eine 37jährige, angeblich acht Jahre kranke Frau mit **Mykosis fungoides** vor. Als Besonderheit dieses Falles sind die netzartigen, mit zentraler Bildung von Atrophie der Haut einhergehenden Infiltrate zu nennen, welche den Eindruck von Leukoderma hervorrufen. Diese netzartigen Veränderungen erinnern an Lichen variegatus, Parakeratosis variegata, welche Hautveränderung vielleicht als eine Variante der Mykosis fungoides anzusprechen ist. Nach intravenöser Injektion von Salvarsan traten am 3. Tage sehr heftige, sogar bedrohliche Reaktionserscheinungen auf, die aber glücklich vorübergingen, worauf sich eine zeitweilige Besserung des Zustandes einstellte, indem sich die Geschwülste reinigten und überhäuteten, um bald darauf wieder zu zerfallen.

Krassnoglasow bestätigt den Miſserfolg der Salvarsantherapie bei Mykosis fungoides.

3. Im Namen des durch Krankheit am Erscheinen verhinderten Kollegen Muchin wurden gezeigt:

a) ein Fall von **Sclerodermia et Atrophia cutis propria** bei einem 16jährigen Mädchen und

b) ein Fall von **Dermatitis herpetiformis Duhring** bei einem 17jährigen Mädchen.

4. Meschtscherski stellte ein 17jähriges Mädchen mit **schweren gummösen Störungen des rechten Armes** und der rechten Hand vor. (Ankylosen, Muskelatrophien, Knochenveränderungen usw.) Die Ätiologie ist unklar, wo sich keine Zeichen hereditärer Lues finden. Das Mädchen ist seit acht Jahren krank und nur von einer Quacksalberin behandelt worden.

5. Tschernogubow sprach **über weitere Beobachtungen der Anwendung von Salvarsan bei Syphilis.**

Tschernogubow ist jetzt ganz zu den intravenösen Injektionen des Salvarsans übergegangen, die er allen anderen Einspritzungsmethoden vorzieht. Höchstens kommt nach ihm noch die Anwendung der alkalischen Lösung in Frage. Abgesehen von dem Schüttelfrost, der Temperatursteigerung, dem gelegentlichen Erbrechen, wie dem häufigen Auftreten der Herxheimerschen Reaktion, was alles bald vorübergeht, hat er nur einmal unter 125 intravenösen Eingiefsungen eine Phlebitis auftreten gesehen, die ohne schlimme Folgen verging. Die intravenöse Eingiefsung, in der Dosis von 0,6, bewirkt zwar keine Therapia sterilisans, wirkt aber entschieden spezifisch und schneller als Quecksilber. Als Kontraindikationen sieht er nur Arteriosklerose, Herzleiden, schwere Störungen des Nervensystems und starken Kräfteverfall an.

Diskussion: Meschtscherski bemerkt: Das Salvarsan wirkt zwar schneller als Quecksilber, aber nicht auf alle syphilitischen Erscheinungen. Besonders günstig ist seine Wirkung auf Papeln, was in sozialer Beziehung, speziell für Rufsland, von grofser Bedeutung ist, weil die Ansteckungsgefahr schneller als durch Quecksilber vermindert wird.

Lewtschenkow will den Schüttelfrost nur bei Anwendung einer Flüssigkeit kühlerer Temperatur beobachtet haben.

Tschernogubow trennt den Schüttelfrost gleich bei der Eingiefsung, welcher auf die Temperatur der injizierten Flüssigkeit zurückgeführt werden mufs, von denjenigen zwei bis drei Stunden nach der Eingiefsung, welcher nur bei latenter Syphilis ausbleibt.

Bogrow fragt nach dem Verhalten von Spitzenaffektionen auf Einspritzung von Salvarsan, da er in einem Fall von geringen tuberkulösen Erscheinungen der Lungen eine Verschlimmerung dieses Prozesses nach der Injektion gesehen hat.

Tschernogubow hat nur in einem Fall von Tuberkulose und Lues Salvarsan injiziert, dabei aber keine Verschlimmerung der ersteren gesehen.

Krassnoglasow hat in einem Fall von Larynxtuberkulose und Lues Besserung des tuberkulösen Prozesses nach Salvarsan beobachtet. Im übrigen mufs er zugeben, dafs im Mjassnitzkihospital, wo bereits 500 Injektionen von Salvarsan gemacht worden sind, in der Tat eine gewisse Enttäuschung eingetreten ist, die aber nur den bisher immer noch nicht idealen Einspritzungsmethoden zuzuschreiben ist. Auch im Mjassnitzkihospital sind daher die Kollegen Jordan und Ustinow versuchsweise zu intravenösen Eingiefsungen übergegangen.

6. Bogrow zeigte den von ihm zu **intravenösen Eingiefsungen von Salvarsan gebrauchten Apparat.**

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Band 105. Heft 3. Februar 1911.

1. **Die Erkrankungen der kleinen Hautvenen in ihren Beziehungen zu Hautkrankheiten.** Klinische und histologische Untersuchungen, von PHILIPPSON. Wiedergabe von 40 Mikrophotographien auf 20 Tafeln; eingehende Beschreibung und Besprechung der Bilder; allgemeine, daraus sich ergebende Gesichtspunkte.

2. **Experimentelles zur Pharmakologie des Perubalsams,** von A. KAKOWSKI-Kiew. Um den Einfluſs des Perubalsams auf die Nieren festzustellen, stellte Verfasser Versuche an gesunden Hunden an, denen er intravenös, per os und perkutan Balsam zuführte; es gelang nicht, trotz kolossaler Dosen eine Nierenentzündung hervorzurufen. Überhaupt war die Giftigkeit des Perubalsams eine geringe, am ausgesprochensten noch bei Zuführung per os. Darnach erscheint dem Verfasser der in vielen Lehrbüchern erwähnte schädliche Einfluſs des Perubalsams auf gesunde Nieren des Menschen nicht bewiesen. Die Frage der Schädlichkeit des Balsams bei den häufigen Verfälschungen läſst Verfasser offen.

3. **Erythema annulare, entstanden durch Insektenstiche,** von WILHELM BALBAN-Wien. Drei Fälle von Erkrankung durch Insektenstiche, die klinisch auſserordentliche Ähnlichkeit mit dem Erysipeloid ROSENBACHS hatten. Es handelte sich um eine von der Stichstelle nach allen Richtungen gleichmäſsig progrediente ringförmige Hauterkrankung, bei der indes nach Ansicht des Verfassers eine chemotoxische Noxe die gröſste Wahrscheinlichkeit für sich hat, wenn gleich die Natur des schädigenden Toxins nicht festgestellt wurde.

4. **Beeinfluſst die Quecksilberbehandlung die Schutzstoffe des Organismus?** von EDUARD NEUBER-Berlin. (Schluſs aus Heft 2.) Die Experimente sprechen dafür, „daſs in welcher Weise und Form wir auch die Quecksilberpräparate in den Organismus einführen, diese den Mechanismus des Organismus sehr stark beeinflussen. (Umstimmung des Organismus.) Es ist sehr wahrscheinlich, aber mit unseren experimentellen Verfahren strikte noch nicht beweisbar, daſs die Wirkung der Quecksilberverbindungen auf einer „Komplexwirkung" beruht. Es ist kaum anzunehmen, daſs das Quecksilber ausschlieſslich durch Umwandlung in Quecksilberalbuminat, durch Hyperleukocytose oder durch die vermehrte Produktion spezifischer Immunkörper wirkt, es erscheint viel wahrscheinlicher, daſs in Folge der Quecksilberdarreichung die Schutzstoffe des Organismus frei werden und die erhöhte natürliche Widerstandsfähigkeit die Heilung des Organismus fördert."

5. **Zur Frühbehandlung der Syphilis,** von RICHARD L. GRÜNFELD-Wien. An dem Material der Wiener allgemeinen Poliklinik (NOBL) sind seit 1905 (Diagnosensicherung durch Spirochätennachweis) 46 Fälle von primärer Syphilis in der Weise präventiv behandelt worden, daſs sich an die Exzision der Sklerose sofort eine merkurielle Allgemeinbehandlung anschloſs mittels Injektion von 0,5—1,0 g 10%igem Hydr. salic. resp. 40%igem grauen Öl. Von diesen 46 Fällen sind nur vier längere Zeit beobachtete (ein bis drei Jahre) frei von konstitutionellen Eruptionserscheinungen geblieben und nur einer von diesen hat eine e i n z i g e antiluetische Kur durchgemacht. Der Verlauf der spezifischen Alterationen ist in vielen Fällen eigentümlich verändert

gewesen, ein Risiko für die Kranken hat sich aber nicht nachweisen lassen, so dafs jedenfalls von Kontraindikationen gegen ein frühzeitiges Eingreifen nicht gesprochen werden kann.

6. **Zur Injektionstherapie der Lues,** von K. F. Hoffmann - Düsseldorf. „Die uns zur Verfügung stehenden Quecksilber-Injektionspräparate zur Behandlung der Syphilis stellen zwei grofse Gruppen dar. Die erste Gruppe bilden die leichtlöslichen Salze, die, wie Analysen über die Ausscheidung von Quecksilber im Harn bei ihrer Darreichung beweisen, rasch in den Körper aufgenommen, ebenso rasch aber wieder ausgeschieden werden. Zu dieser Gruppe gehören sämtliche wasserlöslichen Quecksilbersalze, das Enesol und das Hydr. salic. Die zweite Gruppe besteht aus Kalomel, dem Hydr. thymolo-aceticum, dem Merkuriol und dem grauen Oel. Die beiden erstgenannten werden ziemlich rasch von den Körpersäften assimiliert, die beiden letzteren sehr langsam. Sämtlichen vier Präparaten ist dagegen gemeinsam, dafs noch lange nach der letzten Spritze Hg im Körper zurückbleibt.

Entsprechend der Löslichkeit in den Körpersäften, wie sie aus den chemischen Analysen hervorgeht, eignen sich die Präparate der ersten Gruppe besonders gut zur Behandlung manifester Lues. Eine Kur, die dagegen nur mit einem dieser Salze durchgeführt wird, ist als unzureichend zu bezeichnen, da das Hg rasch wieder aus dem Körper ausgeschieden wird und Rezidive frühzeitig eintreten. Es ist daher die prinzipielle Forderung zu erheben, dafs jede mit einem löslichen Salz begonnene Kur mit einem unlöslichen Präparat abzuschliefsen ist, um auf diese Weise eine längere Remanenz von Hg im Körper und so ein längeres Freisein von Rezidiven zu erzielen.“

7. **Zur Physiologie der pilomotorischen und der ihnen verwandten Erscheinungen beim Menschen,** von Paul Sobotka-Prag. (Schlufs aus Heft 1 und 2.)

W. Lehmann-Stettin.

Dermatologische Zeitschrift.

1911. Heft 2.

1. **Über den Einflufs des Lichts auf das Leucoderma syphiliticum und über Cutis marmorata pigmentosa,** A. Buschke- und Eichhorn-Berlin. Die häufige Lokalisation des Leucoderma syphiliticum am Halse, also an einer dem Licht sehr stark exponierten Hautpartie, mufs den Gedanken nahe legen, dafs zwischen der Hautveränderung und dem Licht irgendwelche ätiologische oder therapeutische Beziehungen bestehen könnten. Die Versuche der Verfasser haben jedoch ergeben, dafs äufsere, die Haut irritierende Vorgänge an syphilitisch erkrankten Menschen, speziell die Einwirkung des Quarzlichtes auf syphilitische Effloreszenzen für die Genese des Leukodermas keine Bedeutung haben. Eine Reihe weiterer Versuche zeigte, dafs es durch Bestrahlungen mit Quarzlicht nicht gelingt, Leucoderma syphiliticum definitiv zu beeinflussen und zu verändern, während bei Vitiligo, wie Buschke festgestellt hat, durch Quarzlampenlicht Pigmentbildung hervorgerufen wird. Das negative Resultat der Bestrahlungen bei Leukoderma syphiliticum spricht für die Richtigkeit der von Buschke schon früher geäufserten Anschauung, dafs das normale Hautpigment und das Lichtpigment biologisch und wahrscheinlich auch funktionell nicht vollständig miteinander zu identifizieren sind. Der auffallende Unterschied in dem Verhalten des Leucoderma syphiliticum und der Vitiligo gegenüber der Lichteinwirkung ist wohl auf verschiedene Arten von Schädigung des Pigmentapparates bei beiden Affektionen zurückzuführen. Das Leukoderma ist wahrscheinlich die Folge einer Intoxikation, die in der Zelle selbst ihren Angriffspunkt hat und pigmentlähmend wirkt; so lange sie fortbesteht, vermag die Zelle auch auf starken Lichtreiz hin kein Pigment zu bilden.

Bei der Vitiligo dagegen sitzt die Krankheitsursache anscheinend nicht in, sondern aufserhalb der Zelle, vielleicht im Nervensystem, die Fähigkeit der Zelle, Pigment zu bilden, ist erhalten, und die Zelle reagiert infolgedessen auf den Lichtreiz positiv.

Bei prolongierter Applikation von Hitze (heifsen Umschlägen, Thermophoren und Heifsluftbädern), wie sie von den Verfassern bei der Behandlung der blennorrhoischen Gelenkaffektionen, der Bubonen, der Epididymitis usw. angewandt wird, entsteht sehr häufig aktive Hyperämie in Form netzartiger Figuren; diese gehen zunächst bei Unterbrechung der Hitzeinwirkung zurück, bleiben aber allmählich bestehen, und bei Fortsetzung der Behandlung entwickelt sich entsprechend diesem Hyperämienetz Pigment und bei weiterer Hitzapplikation eine dem Netz folgende Verdickung der Epidermis, die sich nur sehr langsam zurückbildet. Die Verfasser bezeichnen die verschiedenen Stadien dieser Erscheinung als Cutis marmorata vasculosa, Cutis marmorata pigmentosa und Cutis marmorata hyperplastica. Die Anordnung der Figuren entpricht dem Gefäfsnetz der Haut; die allerdings nicht vollständigen histologischen Untersuchungen der Verfasser zeigten, dafs die netzförmige Pigmentierung in der Hauptsache wenigstens nicht im Bindegewebe, sondern im Epithel ihren Sitz hat. Das gleiche ist, wie Buschke feststellen konnte, auch bei der Pigmentierung nach Röntgenbestrahlungen der Fall.

Aus diesen Untersuchungen wie aus den Beobachtungen anderer Autoren geht hervor, dafs die tiefen Epidermiszellen auf die verschiedensten Reize, nicht nur aut Licht, mit Pigmentbildungen reagieren, und dafs das Pigment der Haut wahrscheinlich noch andere Funktionen als die des Lichtschutzes hat.

2. **Über Quecksilbervergiftung und Angina bzw. Stomatitis ulcero-gangraenosa, sowie über die Indikationen und Dosierung des Merkuriolöls,** von Magnus Möller-Stockholm. Der Artikel wird fortgesetzt.

3. **Zur Kenntnis von späten sekundären Rezidiven bei Syphilis,** von H. J. Schlasberg-Stockholm. Kurzer Bericht über die wenigen bisher beschriebenen Fälle von sekundär-syphilitischen Spätrezidiven mit positivem Spirochätennachweis und Beschreibung eines von Schl. beobachteten Falles, in dem zehn Jahre nach der Infektion am Scrotum zwei nässende Papeln entstanden waren; das abgeschabte Gewebe enthielt Spirochaetae pallidae. Das Scrotum war vorher ein Sitz syphilitischer Veränderungen gewesen.

4. **Zur Klinik und Diagnose der Parapsoriasis en plaques (Brocq),** von S. L. Bogrow - Moskau. Beschreibung eines Falles von Parapsoriaris en plaques, die sich, dem seborrhoischen Ekzem ähnlich, durch erythematös schuppende, ziemlich grofse, 2—6 cm im Durchmesser haltende Plaques kennzeichnet. Es handelte sich um eine 52jährige Frau, bei der die Hautveränderungen fast den ganzen Rumpf, sowie die oberen und unteren Extremitäten, und zwar hauptsächlich die seitlichen Partien einnahmen; sie bestanden aus runden und ovalen, $^1/_2$—12 cm im Durchmesser haltenden, scharf begrenzten Flecken, die rosenrot bis blaulivid, an einigen in Heilung begriffenen Stellen bräunlich gefärbt waren, keine tastbare Infiltration aufwiesen und von kleineren und gröfseren, lamellösen, durchsichtigen, leicht abkratzbaren Schuppen bedeckt waren. Nach Entfernung der Schuppen zeigte sich eine gelbliche, glänzende, nicht blutende Oberfläche. Zwischen den Flecken fanden sich kleine und gröfsere atrophische Bezirke, die durch Abteilung von Plaques entstanden waren. An den Fufssohlen waren feste, gelbliche Hornmassen angehäuft; irgendwelche andere Hautveränderungen, Blasen, Papeln usw. waren nicht vorhanden. Die Krankheit hatte vor ungefähr 40 Jahren begonnen, die subjektiven Beschwerden bestanden lediglich aus stetigem Kältegefühl und selten auftretendem Jucken. Histologisch war der Fall durch fast völliges Fehlen von Parakeratose charakterisiert. Die Behandlung — subcutane In-

jektionen 1%iger Lösung von Natrium arsenicosum und örtliche Anwendung von Pyrogallol-Salicylsalbe — brachte wesentliche Besserung, die Schuppung wurde geringer, der gröfste Teil der Flecken färbte sich braun. — Anschliefsend an diese Schilderung bespricht B. ausführlich die Differentialdiagnose des Falles.

Götz-München.

The British Journal of Dermatology.

März 1911.

Ein Fall von Impetigo herpetiformis beim Manne, von Graham Chambers. Bei dem 40jährigen Manne begann die Eruption vor etwa $1^1/_2$ Jahren mit einem kleinen Herde auf der linken Seite der Brust, gerade unter der Achselgrube, welcher aus gelblichen, zirkulär auf rotem Grunde angeordneten Bläschen bestand. Dieser Herd vergröfserte sich, es traten neue auf, wenn auch nicht in der Gröfse des zuerst erschienenen, und nach 14 Tagen hatte sich die Eruption auf fast den ganzen Körper, einschliefslich der Arme ausgedehnt, liefs aber behaarten Kopf, Gesicht und Arme frei. Dieser erste Anfall währte drei Monate, dann trockneten die Blasen allmählich ein und es erfolgte Heilung, nach zwei Monaten kam ein neuer Anfall von etwa zwei- bis dreiwöchentlicher Dauer und so fort, so dafs die ausschlagfreien Intervalle im allgemeinen gleichmäfsig abwechselten mit der Zeit der Hauteruption. Die Lokalisation derselben blieb so ziemlich die gleiche, d. h. Rumpf und Arme. Während eines Anfalles hatte Patient Fieber, Appetitlosigkeit, allgemeines Unbehagen und brennendes Gefühl an den Eruptionsstellen. Die bakteriologische Untersuchung des Bläscheninhaltes war eine völlig negative. Der mikroskopische Befund ergab nichts von ähnlichen Fällen Abweichendes.

Zwei ungewöhnliche Formen syphilitischer Nägel; mit einigen Allgemeinbetrachtungen über Nagelsyphilis, von H. G. Adamson und J. E. R. McDonagh. Abgesehen vom Schanker der Fingernägel, welcher zuweilen das Nagelbett befallen kann, sind die im Verlaufe der (Sekundär- und Tertiär-) Syphilis vorkommenden Nagelveränderungen in zwei Hauptgruppen zu teilen: 1. jene, wo keine sichtbaren Entzündungserscheinungen der Haut unmittelbar um den Nagel oder am Nagelbett vorhanden sind und 2. wo die Nagelveränderungen zweifellos eine Folge irgendeines Entzündungszustandes der Gewebe unter oder um den Nagel sind. Die erste Gruppe ist gewöhnlich als trockene Onychie (Onychia sicca syphilitica) und die zweite als Peri- oder Paronychia bekannt. Die zwei vom Verfasser beobachteten Fälle, einen 25- und einen 31jährigen Mann betreffend, wichen in vielen Beziehungen von diesen beiden typischen Bildern ab. In ihrer Tendenz zu Längsrissen und -fissuren und zum Einbrechen an den freien Rändern ähneln die Nägel der Fournierschen Onyxis croquellée, aber sie haben noch ihre normale Struktur und Durchsichtigkeit erhalten, während sie aufserordentlich dünn und auf Berührung empfindlich sind. In jedem der beiden Fälle begann die Onychie etwa sechs Monate nach der Infektion und war in einem Falle vier und in einem anderen noch zwei Jahre später trotz Quecksilberbehandlung vorhanden. In einem Falle waren alle Nägel beider Hände, in dem anderen sowohl der Hände wie der Zehen ergriffen. Trotz Behandlung mit Salvarsan zeigte sich auch zwei Monate nach derselben keinerlei Veränderung in dem Zustande der Nägel, welche Verfasser als Onychia sicca infolge einer früheren entzündlichen Störung bezeichnen.

Stern-München.

Revista española de Dermatologia y sifiliografia.

Bd. XIII. Nr. 146. Februar 1911.

Die Nasenprothese, von L. Rodriguez F. Sierra-Santander. Ein Aufsatz über Paraffinprothesen ohne neue Tatsachen.

Chemische Vorläufer des Salvarsans, von Obdulio Fernandez. Nichts Neues.

Erste Eindrücke der Behandlung der Syphilis mit Salvarsan in den Fällen des Madrider Militärhospitals, von José Quintana Duque. Bericht über zehn Fälle, in welchem die Schnelligkeit des therapeutischen Erfolges und die Notwendigkeit der Wiederholung der Injektion hervorgehoben wird. „Die Injektionen können in unbegrenzter Anzahl wiederholt werden und sollen so oft vorgenommen werden, als zu bekämpfende Erscheinungen bestehen, natürlich unter vorsichtiger Beobachtung der Ausscheidung des Salvarsans und der Kontraindikationen, die sich eventuell zeigen können.“ *Gunsett-Straſsburg.*

Sexual-Probleme.

Zeitschrift für Sexualwissenschaft und Sexualpolitik.

März 1911.

Hausbesitz und Bordell, von Hans Landsberg.

Erziehung des Willens zum Schutz gegen sexuelle Gefahren, von Ludwig Gurlitt. *Arthur Schucht-Danzig.*

Russische Zeitschrift für Haut- und venerische Krankheiten.

Band XXI. Februar 1911.

I. **Das Gumma der Orbita,** von Dimitrijew. Nach einer genauen Referierung von 29 in der Literatur veröffentlichten Fällen von gummöser Erkrankung der Orbita beschreibt Verfasser seinen Fall. Es handelte sich um einen 33jährigen Mann mit je einer höckrigen, knorpelähnlichen, unempfindlichen Geschwulst entsprechend dem unteren Orbitalrande des rechten, wie des linken Auges. Die Diagnose lautete auf Gummabildung beider Orbitae. Unter zehn Injektionen von Hg salicylic. bildeten sich die Geschwülste vollkommen zurück.

II. **Zur Frage der Behandlung der Syphilis mit Hektin,** von Prof. Selenew. Die Schluſsfolgerungen dieser Arbeit lauten:

1. Eine Abortierung der Syphilis im primären Stadium, im Sinne Hallopeaus, erscheint theoretisch wie praktisch vollkommen möglich, dank der Möglichkeit einer lokalen Behandlung der ersten Erscheinungen mit einem so wenig reizenden Mittel, wie Hektin. Die von Hallopeau vorgeschlagene Methode der Abortivbehandlung dürfte jedoch noch verändert werden.

2. Hektin, Hg und J verhüten, bei Anwendung im primären Stadium der Syphilis, nicht später als 20 Tage nach Beginn, zwar nicht immer den Ausbruch der allgemeinen Syphilisation und die Entwicklung einer positiven Wassermannschen Reaktion, können aber den ersten Allgemeinausbruch der Haut- wie Schleimhautsyphilide anhalten, so daſs es nur zur Bildung von regionären Syphiliden (Papeln auf dem Skrotum) kommt.

3. Die Idee einer Abortierung der Syphilis im primären Stadium ist so wichtig, daſs sie einer ernsten Nachprüfung bedarf.

4. Hektin, in der Dosis von 0,2, intermittierend (über einen Tag) injiziert, wirkt zweifellos sowohl auf die primären als auch sekundären Erscheinungen der Syphilis ein, wobei die Energie seiner Wirkung variiert.

5. Die Wirkung des Hektins ähnelt derjenigen des Salvarsans: die Sklerosen schmelzen zuweilen rasch ein, wobei gleichwie nach dem Salvarsan ödematöse Infiltrate nachbleiben, die Geschwüre verheilen schnell, die Lymphdrüsen verteilen sich, die Roseola blafst ab, die Schleimhautpapeln wie auch die Hautpapeln werden resorbiert und erythematöse Anginen schwinden. In anderen Fällen freilich, was nicht verschwiegen werden darf, unterliegen sowohl die Haut- als Schleimhautpapeln nicht so schnell dem Einflufs des Hektins.

6. Die noch nachgebliebenen syphilitischen Erscheinungen weichen bald einer darauf folgenden Behandlung mit Injektionen von Hg bibromatum.

7. Auf die Wassermannsche Reaktion übte das Hektin in einigen Fällen eine sehr energische Wirkung aus, indem dieselbe schon am sechsten Tage, nach zwei bis drei Einspritzungen Hektin, schwächer und am elften bis zwölften Tage, nach fünf bis sechs Einspritzungen, negativ wurde.

8. Die Spirochaeta pallida schwindet ebenso wie unter Behandlung mit Salvarsan gleichzeitig mit dem Ausschlag.

9. Das Gewicht der Kranken blieb dasselbe oder hob sich ein wenig. Das subjektive Befinden der Kranken war gut.

10. Die Veränderungen des Blutes bestehen in Neigung zu geringer Vermehrung des Hämoglobingehalts und Vermehrung der roten Blutkörperchen unter geringer Zunahme der weifsen Blutkörperchen.

11. Irgend welche unangenehmen Nebenerscheinungen, sei es lokaler oder allgemeiner Natur, wurden bei Injektion von 0,2 Hektin pro dosi über einen Tag oder auch täglich (Maximum der Einführung 4,50) nicht beobachtet.

Arthur Jordan-Moskau.

Japanische Zeitschrift für Dermatologie und Urologie.

Band X, Heft 12, und Band XI, Heft 1. Dezember 1910 und Januar 1911.

1. **Über die Serotherapie bei Lepra**, von T. Sugai, S. Mabuchi und I. Mononobe-Osaka. Eine aus leprösen Hautknoten und physiologischer Kochsalzlösung hergestellte Emulsion wurde monatlich einmal in die Bauchhöhle einer Ziege injiziert, welcher das Blut nach einem Jahre durch Venaesektion entnommen und Leprakranken subcutan injiziert wurde. Die Injektion (5—30 ccm) wurde jeden zweiten oder zehnten Tag wiederholt. Die Kranken zeigten einige Tage nach der Injektion nicht selten geringgradige Temperaturerhöhung. Die Umgebung der leprösen Flecken entfärbte sich häufig und verkleinerte sich, aber verschwand niemals ganz. Die Lepraknoten verfärbten sich häufig cyanotisch oder schwarzbraun, eine kleine Anzahl derselben wurde daraufhin nekrotisch und verschwand unter Schorfbildung nach Abstofsung des Schorfes.

2. **Über die Verruca senilis**, von Sh. Dohi-Tokio. Histologische Untersuchungen an Serienschnitten. Es handelt sich nach D. im wesentlichen um eine auf der senil atrophierten Cutis entstehende circumskripte Wucherung der Malpighischen Schicht.

3. **Über das Vorkommen von Spirochaeta pallida in den syphilitischen Herden**, von K. Miyazaki-Tokio. Untersuchungen an 126 Fällen mit Schanker, nässenden Papeln und breiten Kondylomen; fast stets positiver Befund. Bei Chancre mixte gelang der Nachweis nur in 21,2% der Fälle.

4. **Die Wirkung des Prostatatoxins bei Prostatitis**, von T. Tanaka und S. Sano-Tokio. Das aus der erkrankten Prostata gewonnene Sekret wurde acht Patienten mit angeblich günstiger Wirkung injiziert.

5. **Serodiagnostische Untersuchungen bei Prostituierten**, von Sh. Sei-Hiroshima. 36% positive Ergebnisse.

6. **Ein Beitrag zur Therapie mit Salvarsan**, von T. Tanaka - Tokio. Beobachtungen an 101 Fällen: gute Erfolge, 15 Rezidive; auch bei beginnenden Fällen von Nervensyphilis einige Male bessere Resultate als nach Hg. T. glaubt, daſs Salvarsan leichter in die lipoide Substanz eindringt als Hg. Oft wurde durch die Injektion der Wassermann deutlicher als vorher oder erst positiv.

7. **Über Cysticercus cellulosae hominis und die Beschaffenheit seiner Cystenflüssigkeit**, von Sh. Hasegawa-Kioto.

8. **Über die bedeutende Wirkung von Salvarsan**, von Y. Tsutsui und Sh. Takasawa-Chiba. Resultate bei 80 Patienten.

9. **Über das Blut der Leprakranken**, von K. Mitzuda-Tokio. In 12 von 31 Fällen waren die Bazillen im Blute nachweisbar; die bei Fleckenlepra im Vordergrunde stehende Vermehrung der Lymphocyten war bei Knotenlepra nicht nachweisbar.

10. **Antipyrinexanthem in der Harnröhre**, von Sh. Hirano-Kagoshima.

11. **Über Wassermannsche und Bauersche Syphilisdiagnostik**, von K. Dohi und H. Nakano-Tokio. Die Verfasser glauben, daſs die Bauersche Technik bessere Resultate gibt und besonders wegen ihrer Einfachheit für die Praxis zu empfehlen ist. Den zahlreichen Paralleluntersuchungen mittels beider Methoden an syphilitischen Fällen stehen aber keine Kontrolluntersuchungen an sicher Nichtsyphilitischen gegenüber.

12. **Ein Fall von Urethralstein**, von Y. Saito-Saseho. Bei einem zweijährigen Knaben fand sich als Ursache einer plötzlich aufgetretenen Harnverhaltung ein Stein in der vorderen Harnröhre, der 1,2 cm lang, 6—7 cm (?) breit und 0,4 g schwer war.

W. Lehmann-Stettin.

Bücherbesprechungen.

Die Krankheiten der warmen Länder, von B. Scheube. 4. Auflage. (Gust. Fischer, Jena 1910.) Eine neue Auflage des ausgezeichneten Handbuches der Tropenkrankheiten von Scheube war lange Zeit ein Bedürfnis, und wir dürfen es dem Autor aufs Wort glauben, daſs ihm die Neubearbeitung des zuletzt 1903 erschienenen Buches nicht leicht wurde. Abgesehen vom Bekanntwerden einer Anzahl weniger wichtiger, neuer Krankheiten, wie Spotted fever, Pappatacifieber, Ponos von Spetza und Hydra, Schistosomiasis japonica, fällt doch in diese Zeit auch die ganze Schöpfung der Trypanosomen- und Spirochätenlehre, die Erforschung der Schlafkrankheit und des Kála-ázar und die bessere Kenntnis der Malariaerkrankungen; neben die bazillären Infektionskrankheiten treten als besondere Gruppe die Protozoënkrankheiten.

Scheube hat nun nicht, wie viele Verfasser anderer Handbücher, der ins Ungeheure angewachsenen Literatur gegenüber die Segel gestrichen und sein Buch in eine Gesellschaft mit beschränkter Verantwortlichkeit verwandelt, sondern sich noch einmal tapfer allein an die Umgestaltung aller einzelnen Kapitel gemacht. Das kam natürlich der Einheitlichkeit des Werkes zugute, welches sich dadurch ebenbürtig dem alten „Hirsch“ als das moderne Tropenbuch anreiht.

Für unseren Leserkreis haben natürlich die tropischen Hautkrankheiten das meiste Interesse und eine Besprechung des „Scheube“ in diesem Blatte muſs sich naturgemäſs auf die tropischen Dermatosen beschränken. Ich greife unter diesen als besonders wichtig und diskussionsbedürftig nur die Framboësie, die Orientbeule

und das venerische Granulom heraus, obwohl auch manche andere Kapitel, wie die Lepra und das Mal del Pinto, zu einer Besprechung Anlafs geben würden.

In bezug auf die Framboësie stellt sich Scheube in dieser neuen Auflage auf die Seite derer, die sie von der Syphilis vollkommen trennen. Die Änderung seiner Ansicht gegen früher ist wohl hauptsächlich den neuesten ätiologischen Forschungen über die Wesensverschiedenheit der Spirochaeta pallida der Syphilis von der Spirochaeta pertenuis der Framboësie zuzuschreiben. Wer aber dem Gang der Anschauungen über die Framboësiefrage gefolgt ist, mufs sich wohl noch zu einer weiteren Trennung entschliefsen. Bekanntlich fand Hutchinson bei seiner Jahrzehnte hindurch mit grofser Energie verfochtenen These, dafs die Framboësie nur eine durch Klima und Rasse veränderte Syphilis sei, hauptsächlich in den Berichten über tertiäre Framboësie, einerseits von Finucane und Montagu (Fiji-Inseln), andererseits von Howard (Zentralafrika) eine sehr wirksame Unterstützung. Denn während die übereinstimmenden, ausgezeichneten Schilderungen von Charlouis, Henggeler, Kinsey und Powell keinen Zweifel daran aufkommen lassen, dafs es in Java, Ceylon und Indien eine Framboësie gibt, die sich klinisch absolut scharf in jeder Beziehung von Syphilis unterscheidet, wurde den obengenannten Berichten — besonders von den Fiji-Inseln — gegenüber diese Unterscheidung unsicher, da die im Gefolge früherer Framboësie-Exantheme in Fiji (Soko) auftretenden Ulcerationen, Gummata, Knochenaffektionen und hereditären Stigmata den entsprechenden syphilitischen Symptomen zum Verwechseln ähnlich sind. Dazu kam noch, dafs die Framboësie in Ceylon (Parangi) durch das häufige Vorkommen einer sehr charakteristischen periostalen Dactylitis eine Art Überleitung zu der tertiären und hereditären Framboësie der Fiji-Inseln bildete. So wurde es Hutchinson leicht, seine Syphilistheorie den übereinstimmenden Ansichten der Tropenärzte und Eingeborenen gegenüber aufrecht zu erhalten, obwohl es niemand verborgen bleiben konnte, dafs auch die tertiäre Framboësie und die tertiäre Syphilis unter sich noch ganz bestimmte Unterschiede aufweisen. So bestehen die Knochenaffektionen bei Soko hauptsächlich in periostalen Verdickungen mit Erhaltenbleiben der Röhrenknochen und ohne Sequesterbildung. Die sekundäre Periode des Soko zeigt maligne, serpiginöse Ulcerationen der Schleimhaut, die der Syphilis fremd sind, dagegen keine Augenaffektionen, Augenmuskellähmungen, keine Alopecie usf.

Heute im Lichte der neueren Forschungen über die Erreger von Syphilis und Framboësie verdient die gesamte Framboësiegruppe eine umfassende ätiologische Bearbeitung. Denn wir haben genügende klinische Gründe, um nicht nur die Framboësie als ein Ganzes von der Syphilis zu trennen, sondern auch innerhalb der Framboësie Trennungen nach geographischen und klinischen Gesichtspunkten vorzunehmen. Genauere Untersuchungen der Spirochäten der Framboësie von Fiji, Java und Ceylon werden auch wohl bestimmte Differenzen zwischen ihnen, sei es in morphologischer oder biologischer Hinsicht, ergeben. Jedenfalls können die Spirochäten der vergleichsweise harmlosen javanischen Framboësie kaum identisch mit denen der Sokokrankheit auf den Fiji-Inseln sein, da letztere im Gegensatz zu ersterer das eben genannte, eigentümliche und furchtbare sekundäre und tertiäre Krankheitsbild entwickeln.

Auch die Ätiologie der Orientbeule (Biskra-, Aleppo-, Delhibeule) ist durch die Auffindung des Erregers (Leishmania Wrighti) gegen früher sehr geklärt; von der Histopathologie der Krankheit aber kann man dieses nicht gerade behaupten. Zwar stimmen die neueren Beschreibungen wohl darin überein, dafs es sich um eine serofibrinöse, oberflächliche, umschriebene Entzündung der Haut handelt, welche im Zentrum zur Nekrose und einer flachen Ulceration führt, die langsam von der Peripherie her ausheilt, und dieser Darstellung schliefst sich auch Scheube an. Aber die äufserst typische Umrandung der Beulen durch follikuläre Papelreihen und die follikn-

lären, 1—2 mm breiten Wärzchen auf dem Geschwürsgrunde sind bisher histologisch noch nicht genügend gewürdigt. Ein genaueres Studium der wunderbar naturgetreuen Moulagen von BARETTA und deren Reproduktionen im *Musée de l'hôpital St. Louis* (JACQUET: Bouton de Biskra) und in der *Pratique dermatologique* (RAYNAUD: Bouton d'Orient) lassen über die follikuläre Natur derselben ebensowenig Zweifel wie die klassische klinische Schilderung eines in Paris beobachteten Falles von BROCQ (*Annales de Dermatologie et Syph.* 1883. Bd. IV, S. 527) und die sich daran anschliefsende des Falles von JACQUET. Nur irrt BROCQ darin, dafs er diese groben, rundlichen, roten Wärzchen des Geschwürsgrundes für „Bündel hypertrophischer Papillen" hält, wie es denn überhaupt ein weitverbreiteter Irrtum ist, dafs das papilläre Aussehen der erkrankten Hautoberfläche derart durch Cutispapillen erzeugt würde, dafs je ein Hautwärzchen einer Papille entspräche und durch diese als Grundstock modelliert würde. Das papilläre oder warzige Aussehen entseht vielmehr meistens nach dem Typus des spitzen Kondyloms, nämlich durch primäre Akanthose (Wucherung der unverhornten Oberhaut) und sekundäre Zerklüftung der epithelialen Oberfläche durch Eindringen von Verhornungsspalten an den Stellen, wo das Epithel am dürftigsten ernährt wird. Diese Verhornungsspalten entsprechen aber durchaus nicht den einzelnen Papillen des bindegewebigen Grundstocks und sind im allgemeinen viel weniger zahlreich. Nach diesem Typus des spitzen Kondyloms sind z. B. die gewöhnlichen harten Warzen, die Wärzchen des Lupus verrucosus, der Akanthosis nigricans, der Elephantiasis nostras verrucosa und unter den Tropenkrankheiten ganz besonders die „himbeerförmigen" Exkreszenzen der Framboësie gebaut — alles Krankheiten, bei denen dem warzigen Aussehen eine starke Akanthose vorangeht. Wenn nun in der Literatur der Orientbeule Andeutungen auftauchen, dafs auch bei dieser derselbe Typus herrscht, so kann das nur Verwirrung stiften. So hebt MURRAY das „himbeerförmige" Aussehen der Delhibeule hervor und BROCQ führt die papilläre Oberfläche der Biskrabeule auf „Papillenbündel" zurück. In Wirklichkeit handelt es sich bei der Orientbeule aber um einen ganz anderen, viel selteneren papillären Typus, nämlich den follikulären, was allein schon durch die klinischen Schilderungen von BROCQ und JACQUET und die BARETTAschen Moulagen bewiesen wird. Tatsächlich haben eine Anzahl Untersucher (RIEHL, LELOIR, LEWIS und CUNNINGHAM, JOHANNA KUHN) denn auch eine primäre Follikelschwellung und sekundäre Follikelnekrose beschrieben, allerdings ohne Folgerungen für das klinische Aussehen daraus zu ziehen. Tut man das aber, so erklären sich viele der bisher unverstandenen klinischen Erscheinungen der Orientbeule aufs beste, so der erste Anfang mit Papelgruppen, die Konfluenz dieser zur krustenbelegten Beule, das grobpapilläre Aussehen der geschwürigen Fläche nach Abfall der Kruste und der sonderbare Verbleib einzelner groben Wärzchen (follikulärer Reste) auf der sonst glatten Ulcerationsfläche, die zum Teil feucht, zum Teil trocken und überhornt sind, und endlich die Umkränzung der Geschwüre mit konzentrischen Papelreihen.

Ich glaube diese einzig mögliche Deutung der Wärzchen bei der Orientbeule um so mehr hervorheben zu müssen, als die neueste Darstellung einer Moulage der Orientbeule in der *Ikonographia dermatologica* von NEISSER und JACOBI (Fasc. V, Tab. XXXVI), die einer Arbeit von BEURMANN beigegeben ist, dieser Auffassung widerspricht und die Orientbeule wirklich so malt, wie einzelne Autoren sie sich denken: „himbeerförmig", framboësieähnlich. Neben die Moulagen von BARETTA gehalten, imponiert diese von BEURMANN reproduzierte als etwas ganz Neues und man fragt sich unwillkürlich, ob hier nicht eine Framboësie Modell gestanden hat. Übrigens scheint diese Moulage auch nicht nach dem Kranken, sondern später gemalt zu sein, wie ein genauer Vergleich derselben mit den beigegebenen Photographien zeigt.

Hiernach wäre also die Orientbeule richtiger als eine nekrotisierende Folli-

kulitis der Lanugohaarbälge zu bezeichnen und es ist bis auf weitere Untersuchungen wohl anzunehmen, dafs die Leishmaniakeime zuerst an den Follikeleingängen haften und von hier aus in die oberflächliche Cutis der Umgebung eindringen. Jedenfalls glaube ich die zukünftigen Beobachter auf diese naheliegende und alles aufs beste erklärende Möglichkeit hinweisen zu müssen.

In bezug auf das venerische Granulom der Tropen möchte ich den Autor darauf aufmerksam machen, dafs es sich dabei wohl sicher ganz allein um unsern wohlbekannten „serpiginösen Schanker" handelt, eine Abart des gewöhnlichen Ulcus molle und — wie dieses — durch Streptobazillen erzeugt. Ich habe diesem auch in Europa vielverkannten Übel in meiner *Histopathologie* (1894) eine ausführliche Schilderung gewidmet. Mc Gregor und Maitland weisen auch mehr oder minder sicher auf diese Entwicklung des venerischen Granuloms aus dem Ulcus molle hin. Alle klinischen, histologischen und bakteriologischen Angaben über das venerische Granulom stimmen mit dieser Auffassung. Ich führe nur die wichtigsten Symptome an: die langsame, jahrelang anhaltende, serpiginöse Ausbreitung von den Genitalien aus auf die Analgegend, Beine, Bauch und Rücken ohne erhebliche Schmerzen und Störung des Allgemeinbefindens, die starke unregelmäfsige Granulationsbildung und inselhafte Vernarbung ohne definitive Ausheilung in der Mitte, die Ulcus molle-Beschaffenheit der fortschreitenden Randpartien, die Abwesenheit aller syphilitischen Symptome und die Unwirksamkeit aller Antisyphilitica, der histologische Charakter des reinen Plasmoms und Fibroms mit eingesprengten Nekrosepartien, aber ohne Riesenzellenbildung, Vereiterung und Verkäsung, die Mannigfaltigkeit der auf der grofsen Granulationsfläche schmarotzenden, übrigens bedeutungslosen Mikroorganismen.

Es geht dem venerischen Granulom der Tropen genau so wie dem serpiginösen Ulcus bei uns; es wird von inneren Medizinern und Chirurgen gewöhnlich verkannt und viel kostbare Zeit geht mit nutzlosen, antiluetischen Kuren und mit aussichtslosen Behandlungsversuchen auf dem Granulationsfelde verloren, während ein tägliches Aufsuchen der unterminierten Randpartien, in denen der von mir nachgewiesene Streptobacillus andauernd fortarbeitet, und eine rationelle Behandlung dieser umschriebenen Orte (flache Abtragung mit dem Rasiermesser, Blutstillung mit dem Höllensteinstift und Ausheilung unter Jodoform) die Affektion auch nach jahrelangem Bestande in einigen Wochen definitiv zur Heilung bringt. Die in den verflossenen zwei Jahrzehnten von mir beobachteten Fälle, welche alle in dieser Weise günstig verliefen, haben mich in der Überzeugung bestärkt, dafs der Streptobacillus der Randpartien des Ulcus serpiginosum derselbe ist wie der des Ulcus molle und dafs aus letzterem nur dann ein Ulcus serpiginosum wird, wenn auf der mittleren Granulationsfläche sich andere Organismen ansiedeln und das Feld behaupten. Der Streptobacillus wird dann von der Tiefe nach der Seite abgelenkt und sucht immer weiter gesunde Haut der Nachbarschaft zu unterminieren. Die starke Granulationsbildung, welche dem venerischen Granulom den Namen gegeben hat, kommt stellenweise genau so bei unserem serpiginösen Schanker vor und wird vielleicht durch die bekannte Neigung der Schwarzen zur Granulationsbildung und Fibrombildung der Cutis begünstigt.

Mögen diese wenigen Erörterungen dem Verfasser zeigen, mit welchem Interesse der Referent in dem schönen, reich ausgestatteten und die Literatur in erstaunlichem Grade erschöpfenden Werke gelesen hat. *Unna sen.*

Die Hautatrophien (Atrophia cutis idiopathica, Dermatitis und Acrodermatitis atrophicans chronica progressiva, Atrophia maculosa cutis, Dermatitis atrophicans maculosa), von E. Finger und M. Oppenheim. Mit 3 chromolithographischen Tafeln und 6 Abbildungen im Text. Franz Deuticke, Wien und Leipzig 1910. Das vorliegende Buch wird von allen Dermatologen, ob sie selbständig weiterarbeiten, ob

sie nur rezipierend die wissenschaftliche Forschung verfolgen, mit lebhaftem Dank entgegengenommen werden. Klinische Beobachtung und Analyse sowie die pathologische Histologie kommen zu ihrem vollen Recht. Dafür bürgen die Autoren, der Meister, welcher sich mit einem seiner besten Schüler verbunden hat, um auf eigenem noch jungen Arbeitsfeld nach Stütz- und Ruhepunkten zu suchen bei und trotz einer rasch sich mehrenden Kasuistik. Und dabei eine Kasuistik, welche angesichts der vielen offenen mit den Krankheitsbildern verknüpften Fragen es besonders schwer macht, Einigendes und Trennendes herauszuschälen. Peinlich genau werden die vorliegenden Fälle in einem Anhang auszugsweise wiedergegeben, nachdem ihre „Sektion“ in dem voraufgehenden Text erfolgt ist. In diesem Anhang finden sich noch nicht publizierte Fälle der Autoren.

Die Disposition, nach welcher die Autoren ihr Thema bearbeitet haben, liegt schon in dem ausführlichen Titel des Werkes. Deuteropathische bzw. sekundäre Atrophien, angeborene Atrophien, Atrophien infolge von Nervenerkrankungen, die senile Atrophie, die Witterungsatrophie, das Xeroderma pigmentosum, die Blepharochalasis und die Kraurosis vulvae u. a. werden abgetrennt, vorweg genommen und kurz besprochen.

Die einzelnen idiopathischen Atrophieformen finden eine genaueste klinische Würdigung. Bezüglich der pathologischen Anatomie glauben Finger und Oppenheim von einem typischen und charakteristischen Befund sprechen zu dürfen. „Die idiopathische atrophierende Dermatitis ist eine bald subakut, bald chronisch einsetzende Entzündung des cutanen Gewebes, die sich durch eine Erweiterung der Blutgefäße, durch Ödem und Zellansammlung, hauptsächlich aber durch einen sehr frühzeitigen Schwund des elastischen Gewebes charakterisiert. Sie führt zu einer Atrophie aller die Haut konstituierenden Elemente.“ Prinzipielle Unterschiede der diffusen Form und der Acrodermatitis liegen nicht vor; ebenso ist die makulöse Form von beiden nur durch Veränderungen getrennt, welche in dem Umschriebensein des Prozesses liegen. Das mit der Ätiologie der Krankheit sich beschäftigende Kapitel stellt uns vor ein großes Fragezeichen. Eine nur geringe Aufhellung des Dunkels wird schon zeigen, wie weit „klinischer Instinkt“ und die, wenn auch praktische, so doch subjektive Einteilung des Stoffes den Autoren Recht geben werden. Die anfänglich abgetrennten sekundären und anderen Atrophien schleichen sich in dem Ätiologiekapitel für äußerst interessante Überlegungen wieder ein. Diagnose, Prognose und eine nur kursorisch behandelte Therapie beschließen das Werk, welches in klarer Sprache und vornehmen Gewand einem „wirklichen Bedürfnis“ bequem entgegenkommt.

Ernst Delbanco-Hamburg.

Allergie, von v. Pirquet. (Mit 30 in den Text gedruckten Abbildungen. Julius Springer, Berlin 1910.) Der so schnell in die erste Reihe der Pädiater vorgerückte Autor möchte mit der vorliegenden Arbeit, welche eine Erweiterung seines Referates für die „Ergebnisse der inneren Medizin und der Kinderheilkunde“ (1908) bedeutet, auf weitere ärztliche Kreise anregend wirken. Bisher sei die klinische Verwertung der aus Serumkrankheit, Kuhpockenimpfung und Tuberkulinreaktion gezogenen Lehren hauptsächlich von den Vertretern der Kinderheilkunde durchgeführt worden. Internisten, Dermatologen, Hygieniker und Pathologen sollen die neueren Theorien auf weitere Krankheitskomplexe anwenden.

Allergie: ἄλλη ἔργεια, die veränderte Reaktionsfähigkeit als klinischer Begriff ohne jedes bakteriologische, pathologische oder biologische Vorurteil. Der Ausdruck stammt von v. Pirquet (1900). Aus der Geschichte der Allergie beweist er, wie er zu ihm gekommen ist.

An einer langen Reihe von Krankheiten, welcher bisher zum Studium der allergischen Phänomene Veranlassung gegeben haben — Serumkrankheit, Krankheits-

erscheinungen nach Einverleibung anderer Eiweifskörper, Urticaria, Heufieber, Vaccine, Variola, Masern, Tuberkulose, Rotz, Aktinomykose, Lepra, Syphilis, Hyphomycetenerkrankungen, Typhus, Diphtherie, Scharlach — wird das vorliegende so schnell anwachsende Tatsachenmaterial kritisch gewürdigt. Alte Tatsachen erscheinen in ganz neuer Bedeutung, so wird z. B. die Scharlachnephritis als nur eine der typischen Nachkrankheiten kennen gelehrt, als neue toxische bzw. infektiöse Wirkung des Erregers in dem überempfindlichen Organismus. Selbstverständlich wird dem subjektiven Ermessen bei Verwertung der noch so wenig geklärten Phänomene ein breitester Spielraum gegeben. Das sagt v. Pirquet selbst im Kapitel über die Theorie der Allergie, wo er die objektive Darstellung verlassend an die subjektive Erklärung herantritt und die Ausführungen dieses Kapitels nur zum kleinen Teil als sicher gewonnene Fakta bezeichnet. Eine gröfsere Zahl von graphischen Abbildungen erläutern seine Ideen.

Die Veränderung der Reaktionsfähigkeit der Allergie kann sich zeigen: „1. als zeitliche Änderung der Reaktionsgeschwindigkeit (a. sofortige Reaktion, b. beschleunigte Reaktion); 2. als quantitative Änderung der Reaktionsgröfse (a. Überempfindlichkeit, Anaphylaxie, b. Unterempfindlichkeit, Unempfindlichkeit oder Immunität); 3. als qualitative Änderung des Reaktionsart oder des reagierenden Gewebes."

Welche Fülle von Anregungen, von neuen Vorstellungen über die Pathogenese einer Reihe von Krankheiten, über Inkubationszeit und Antikörperwirkung liegen in dem Buch! Welch erquickende Frische strahlt von dem neue Bahnen wandelnden Forscher aus! Sehr lange wird es wohl nicht dauern, bis die dermatologische Wissenschaft bislang schwer zu verstehende und vereinigende Symptomenbilder dieser neuen Hypothese systematisch unterzuordnen versuchen wird. Den Anfang hat ja schon Wechselmann mit Erfolg gemacht. (Satinholz-Dermatitis, eine Anaphylaxie der Haut. *Dtsch. med. Wochenschr.*, 1909.) *Ernst Delbanco-Hamburg.*

Ekzem (1900/01—1909/10), von E. Riecke-Leipzig. (Prakt. Ergebnisse auf dem Gebiete der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Herausgegeben von A. Jesionek-Giefsen.) Eine hervorragend objektive und kritische Studie. 1297 Nummern zählt das zugrunde liegende literarische Material. Und über alle Theorien und weitausholende neuere Arbeiten eines Besnier, Brocq, Crocker, Jadassohn, Kreibich, Neisser, Pinkus, Unna u. a. hinweg ein non liquet. Bei den besten klinischen Köpfen ein Durcheinander humeralpathologischer Begriffe, welche dem Ansehen der Dermatologie als einer exakten Disziplin so sehr schaden. Die moderne medizinische Klinik mit ihrer streng naturwissenschaftlichen Arbeitsmethode kommt so schwer darüber hinweg, dafs die häufigste Hautkrankheit, das Ekzem, noch so jeglicher Aufhellung entrückt ist. Aber nur eine durchaus vorurteilsfreie und streng sachliche Überlegung, wie sie Riecke stets eigen ist, wird hier sichten und fördern. *Ernst Delbanco-Hamburg.*

A monograph on albinism in man, by Karl Pearson, E. Nettleship and C. H. Usher. Drapers' Company Research Memoirs, Biometric Series VI. Department of applied mathematics. University college, university of London. London, published by Dulau and Co. Limited. 37 Sollo Square W. 1911. Part. I.) Soeben erscheint ein grofs angelegtes, reich ausgestattetes englisches Werk über Albinismus und partielle Depigmentierungen. Der erste Teil Text und Atlas ist erschienen. Die englischen Autoren haben sich der grofsen und schweren Arbeit unterzogen, dafs ungeheure Material von Einzeltatsachen, das bisher vorlag, kritisch zusammenzufassen und zu sichten. Aber nicht allein schon publiziertes Material ist hier referiert, sondern eine reiche Fülle neuer Fälle wird mitgeteilt. Auf die Besprechung der älteren und ältesten Beschreibungen von albinotischen Fällen folgt das Kapitel über die geographische Verbreitung von Albinismus der weifsen, der gelben, der roten und schwarzen Menschenrassen. Die äufserst eingehenden Kranken- und Familienberichte lassen weit-

gehende Schlüsse über die Natur und die Frage der Heredität des Albinismus zu. Hierauf folgt das vierte Kapitel, in welchem die ätiologische Forschung über Depigmentierung eingehend besprochen und namentlich auch die Resultate, welche die deutsche Forschung in den letzten Jahren gezeitigt hat, gewürdigt werden. Die letzten beiden Kapitel des bisher erschienenen Bandes besprechen einerseits das Leukoderm, andererseits den partiellen Albinismus, auch hier wird eine bisher sehr fühlbare Lücke durch detaillierte Kranken- und Familiengeschichte ausgefüllt. Der Atlas wetteifert, was Reichhaltigkeit und Güte der Reproduktion anbetrifft, mit dem hohen wissenschaftlichen Wert des Textes. Es sind in ihm 185 gute photographische Reproduktionen enthalten und namentlich sind die Depigmentationen fremder Rassen in ihm mustergültig wiedergegeben. *Unna jr.*

Die neuen Mykosen, von De Beurmann und Gougerot. (Verlag von Masson et Cie. und Ganthier-Villars, Paris.) Die Verfasser versuchen in vorliegender Schrift eine Neueinteilung der in neuerer Zeit beschriebenen Mykosen nach botanischen Grundsätzen. Als erste Hauptabteilung unterscheiden sie die Exaskosen, die frühere Gruppe der Blastomykosen. Es gehören hierher alle Mykosen, deren Erreger in die botanische Familie der Exoasceen gehören, und zwar 1. die Saccharomykosen, die durch Saccharomyces erzeugt werden. Es sind dies die bucco-pharyngeale Saccharomykose von Troisier und Achalme, die disseminierte, gummöse Form von Busse-Buschke, und einige andere Formen, mit Tumorbildung oder Entzündung innerer Organe. Hierher gehört auch die durch Parasaccharomyces erzeugte Dermatitis blastomycetica von Samberger und die generalisierte cutane und viscerale Blastomykose mit tödlichem Verlauf von Harter. 2. Die Zymonematosen. Der Parasit verhält sich im Gewebe wie eine Hefe, in der Kultur sind die Hefeformen mit Filamenten gemischt. Die häufigste und bekannteste Form ist das Zymonema von Gilchrist und die sog. amerikanische Blastomykose, welche als papillomatöse Dermatitis verlaufen. Sie sind übrigens oft polymorph und haben oft viscerale Lokalisationen. 3. Die Endomykosen oder Soorkrankheiten. 4. Als Blastomykosen bezeichnen die Autoren nur einige Fälle, deren Parasit noch in keine Kategorie paſst, so die Folliculitis serpiginosa exulcerans der Nase (Loewenbach usw.) und die akneiformen Knötchen von Fabry und Kirsch. Als zweite Hauptform bezeichnen die Verfasser die Oidiomykosen. Dieser Name soll nur denjenigen Affektionen gegeben werden, deren Parasit folgende Eigentümlichkeiten aufweist: kriechendes, gekammertes Mycel mit isolierten Filamenten, einfache, aufrechte Konidienträger, die gekammert sind und sich in kettenförmige, ovoide oder cylindrische Konidien spalten. Bekannt sind nur die Dermatomykosis discoidea exulcerans von Babes und eine gummöse ulcerierte disseminierte Form, die eine Saccharomykose Busse-Buschke vortäuschte und von Beurmann, Gougerot und Vaucher mitgeteilt wurde.

Der dritten Hauptabteilung gehören die Sporotrichosen an, die in der vorliegenden Schrift den breitesten Raum einnehmen. Die Verfasser geben eine genaue klinische Beschreibung aller in Betracht kommenden Formen und gehen besonders auf die Technik der mikroskopischen Diagnosenstellung ein.

Als vierte Hauptform kommt die Botrytimykose in Betracht, eine durch Botrytis pyogenes hervorgerufene nur in einem Fall bekannte ascendierende Lymphangitis des Vorderarms, der sich als fünfte die Oosporosen und als sechste die Hemisporosen anschlieſsen. Zu ersteren gehören: 1. die Aktinomykosen, 2. die Mycetome oder Madurafuſs, 3. die Oosporose Eppingers und 4. die Discomykose von Carougeau; sie sind alle durch irgendeine Form von Oospora hervorgerufen. Von Hemisporen sind nur drei Fälle beim Menschen bekannt, eine Ostitis der tibia (Gougerot et Caraven), eine cervico-faciale gummöse subcutane Form (Anoray und Bidot) und eine

gummöse Form am Penis (DE BEURMANN, CLAIR und GOUGEROT), die anfangs für ein syphilitisches Gumma gehalten wurde.

Besonders was die Technik der mikroskopischen Diagnose der einzelnen Mykosen anbetrifft, gibt die Schrift wertvolle Winke. *Gunsett-Strafsburg.*

Mitteilungen aus der Literatur.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

b. *Penis, Urethra, Blase.*

Die embryologische Bedeutung gewisser Veränderungen der Vorhaut und deren Umgebung, von GEO H. EDINGTON-Glasgow. (*Glasgow med. Journ.* August 1910.) Darstellung der embryologische Entwicklung der Harnröhre, der Vorhaut und der umgebenden Gebilde. Die Einzelheiten sind nur mittels der, der Arbeit beigegebenen Zeichnungen verständlich, ebenso ist es bezüglich des zweiten Teiles der Arbeit, welcher die Entwicklungsfehler bespricht. Es sind das bezüglich der Harnröhre: a. mangelhafte Entwicklung der Epithelbedeckung, wodurch vollständige Atresie entstehen kann, b. unvollstängiger Verschlufs der Urethralgrube (Hypospadie), und zwar häufiger am vorderen Ende der Urethra, c. abnorme Art des Verschlusses kann auch nur die Raphe in Form von Mifsbildung oder Verlagerung derselben treffen. Unvollständige Entwicklung der Vorhaut geht meist mit solcher der Harnröhre einher, und zwar häufig das sogenannte kappenförmige Praeputium mit Hypospadie. Eine relativ häufige Folge von unvollständiger Hypospadie sind Cystenbildungen, die also zweifellos auf embryonale Entwicklungsstörungen zurückzuführen sind und wovon E. noch 4 Fälle, Kinder (3 Fälle) im Alter von $1^1/_2$ — 2 Jahren und einen Erwachsenen betreffend, genauer nebst dem histologischen Befund beschreibt. *Stern-München.*

Die Entwicklungsgeschichte und die Entstehung von Mifsbildungen der Eichel und Vorhaut, von F. W. JONES-Manchester. (*Brit. med. Journ.* 15. Jan. 1910.) Eine allbekannte Erscheinung ist das Vorhandensein von Adhäsionen, Verklebungen zwischen Glans und Praeputium bei ganz jungen Kindern. Häufig werden diese Verwachsungen als die Folge von entzündlichen Vorgängen angesehen, was, wie Verfasser an der Hand von Abbildungen ziemlich ausführlich darlegt, durchaus unrichtig ist. Es handelt sich vielmehr um eine Störung, ein Stehenbleiben des entwicklungsgeschichtlichen Vorgangs der Auslösung der Glans aus ihrer Umgebung, denn in ihren Anfangsstadien ist die Eichel nur als eine massive kleine Papille zu erkennen, an welcher (ähnlich wie am Anus) allmählich sich eine Einbuchtung, die Fossa navicularis und die Harnröhre entwickelt, sowie eine Einstülpung zur Entwicklung des Praeputium. Aus diesen Tatsachen erklärt sich auch die Entstehung von einigen Mifsbildungen, welche Verfasser in ihren Hauptmomenten beschreibt. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Histologische Untersuchungen über die Struktur des Präputialsackes, besonders mit Rücksicht auf das Vorkommen von Drüsen und Pathogenese der Balanoposthitis smegmatica, von AYALA. (*Giorn. intern. delle scienze med.* XXXII, Heft 16.) Die Tegumente des Präputialsackes sind ohne irgendwelche drüsige Organe. Die Knötchen, die sich manchmal an der Corona glandis finden, sind einfache epitheliale Verdickungen. Das Smegma besteht aus epithelialen Elementen als

Produkt einer epithelialen Desquamation. Es gibt zwei Arten von Balanoposthitis smegmatica, eine trockene und eine feuchte. Sie ist keine Hypersekretion von Talgdrüsen — die ja nicht existieren —, sondern wird durch Reize mechanischer, chemischer und bio-chemischer Natur hervorgerufen. *Haas-Hamburg.*

Vorhautadhäsionen bei männlichen Säuglingen, von F. Ingerslev - Randers (Dänemark). (*Der Kinderarzt.* 1910. Nr. 5.) Adhäsionen zwischen Praeputium und Glans penis bilden eine der häufigsten Ursachen des Schreiens und der Unruhe für männliche Säuglinge. Während der ersten Lebenswochen kann man bei ihnen die Vorhaut meist nur mit Anwendung von etwas Gewalt zurückbringen, da ein sehr geringes fibrinöses Exsudat Glans penis und innere Präputialfläche verklebt. Hierdurch wird Unbehagen bei Urinentleerung verursacht. Später verursacht Smegmaansammlung Jucken. Nach Lösung der Adhäsion wird das Kind in wenigen Tagen ruhig. Spontane Resorption der Adhärenzen findet meist erst nach einem Jahre statt. Bei Fortdauer des Zustandes kann Enuresis entstehen. Die Lösung der Adhäsionen ist leicht und unblutig mit einer Sonde vorzunehmen. *Arthur Schucht-Danzig.*

Pathologie und Therapie der entzündlichen Phimose, von G. Müller-Berlin. (*Dtsch. med. Presse.* 1910. Nr. 23.) Für den Dermatologen nichts wesentlich Neues. *Arthur Schucht-Danzig.*

Neue Operationsmethode der Phimose, von Virghi. (*Giorn. intern. delle scienze med.* XXXII, Heft 19.) Die Methode besteht aus drei Zeiten: 1. Gleichzeitige Inzision beider Vorhautlamellen parallel der Raphe. 2. Inzision des ganzen Frenulum bis auf seine Basis. 3. Naht der Wundränder der Inzision der Vorhaut. *Haas-Hamburg.*

Phimosenoperation, von Drüner - Trier. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 47.) Man schneidet an der möglichst weit zurückgeschobenen Vorhaut auf der Ober- und an der Unterseite aus dem äußeren Blatte der Vorhaut je ein quadratisches oder rechtwinkeliges Stückchen Haut weg, so daß beiderseits rechts und links dreieckige Hautlappen des äußeren Vorhautblattes entstehen. Durch passende Vereinigung in der vorgeschriebenen Weise läßt sich dann eine von der Norm kaum verschiedene Vorhaut herstellen. Ohne die beigegebenen Abbildungen ist es aber kaum möglich, einen klaren Begriff von der Methode zu geben. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Phimosenbehandlung im frühen Kindesalter, von F. Hamburger - Wien. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 40.) Für alle Kinder unter drei Jahren und eventuell auch für ältere bis vielleicht zum zehnten Jahre empfiehlt H. die rein manuelle Sprengung der Phimose durch Zurückziehen der Vorhaut bis hinter die Corona glandis, worauf aber nach Beseitigung etwaiger noch bestehender Verklebungen die Reposition natürlich sofort zu erfolgen hat. Beide Akte sind allerdings mit Schmerzen verbunden, und Blutungen, wenn auch geringe, können entstehen. Auch ist in den ersten Stunden nach dem Eingriff das Urinieren oft schmerzhaft. Für die ersten 24 Stunden wird der Penis mit einem mit Borwasser oder fünffach verdünntem Liq. Burowii bedeckt. Das Zurückschieben des Präputiums wird dann alle drei Tage, später einmal wöchentlich wiederholt. Allenfalls macht man vor dem definitiven Eingriff zwei- bis dreimal eine Vordehnung. Verfasser vertritt den Standpunkt, daß man für eine auf so einfache Weise zu beseitigende Affektion nicht erst zu Instrumenten greifen soll. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Einfache plastische Phimosenoperation, von Adolf Linhart - Prag. (*Prag. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 14.) Eine Modifikation der Schlofferschen plastischen Phimosenoperation, deren Technik an der Hand von zehn Abbildungen geschildert wird. *Arthur Schucht-Danzig.*

Schnelle blutlose Circumcision, von S. L. Kistler-Los Angeles. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 54, Nr. 22.) Angabe von einer Klammer für das Präputium. Ohne Abbildung schwer wiederzugeben. *Schourp-Danzig.*

Zur Frage des Einflusses der rituellen Beschneidung auf die Erkrankung mit venerischen Geschwüren (weichen wie harten), von Pawlow. (*Russki Wratsch.* 1911. Nr. 7.) Seit 20 Jahren ist Privatdozent Pawlow der Frage nachgegangen, ob die Circumcision verhütend auf die Infektion mit venerischen Krankheiten einwirkt oder nicht. Er fand in der Tat, dafs unter seinen Kranken mit nicht venerischen Krankheiten der Geschlechtsorgane 15,68 % Christen und nur 5,09 % Hebräer und Mohammedaner waren, während von den Kranken mit weichen und harten Geschwüren 0,538 % die ersteren und 0,234 % die letzteren betrafen. Dennoch glaubt P., dafs die seltenere Erkrankung der Hebräer und Mohammedaner an venerischen Krankheiten weniger der Circumcision als dem Fehlen einer Phimose zuzuschreiben ist. Die Circumcision selbst hinterläfst eine grofse Narbe und ruft Veränderungen der Struktur der Haut an den Geschlechtsteilen hervor, welche Trockenheit und gröfsere Vulnerabilität des Gliedes beim Coitus bedingen. Er plädiert daher nicht für die Circumcision bei allen Männern, sondern für gröfsere Reinhaltung der Geschlechtsorgane wie für Anwendung von Schutzmitteln beim Coitus selbst. *Arthur Jordan-Moskau.*

Tuberkulöse Infektion nach ritueller Circumcision, von F. Grossmann-Budapest. (*Gyermekorvos*, Beiblatt des *Budapesti Orvosi Ujság.* 1910. Nr. 3) Verfasser beobachtete einen neun Monate alten Knaben, dessen Circumcisionswunde noch immer nicht ganz verheilt war. Nach peinlicher Anamnese (sic!!) wurde festgestellt, dafs der Operateur an Lungentuberkulose litt und die Wunde behufs Stillung des Blutes ausgesogen hat. Das rhachitische Kind, das noch keinen Zahn hat, zeigt das Bild exsudativer Diathese. Augenlider sind aufgedunsen, verquickt, die Konjunktiven sind stark entzündet, auf dem Limbus sind Phlyktänen. Auf dem ganzen Rumpfe sind in silberguldengrofsen Gruppen stecknadelkopfgrofse, glänzende, braunrote kleine Papeln. Der untere Teil des Präputiumstumpfes ist lebhaft rot, ödematös, fester Konsistenz, mit stellenweise hirse- oder linsenkorngrofser Ulcera mit gelblicher Basis und unebenen Rändern, die Infiltrationen kleineren Grades zeigen; auf anderen Stellen finden sich wieder hirsekorngrofse, gelbliche Knötchen. Die Drüsen in der Leistengegend bilden kinderfaustgrofse Pakete. Die Pirquet-Reaktion war stark positiv. Mit 0,001 mg Kochschem Alttuberkulin wurde eine probatorische Injektion vorgenommen. Es reagierte mit hohem Fieber. Lebhafte lokale Reaktion auf der Injektionsstelle; auf dem Körper zerstreut Lichen scrophulosorum, die blasse Farbe ist lebhaft rot geworden. Mit Kochschem Alttuberkulin wurde die Kur sechs Wochen fortgesetzt. Die Geschwüre auf der Vorhaut sind geheilt, die Leistendrüsen sind haselnufsgrofs geworden.

Porosz-Budapest.

Über die Balanitis erosiva und gangraenosa, von P. Rombo. (*Gazz. degli Osped.* 4. Okt. 1910.) Die Balanoposthitis erosiva circinata ist wie das Ulcus molle eine lokale venerische Affektion, welche, auf normale Individuen übertragen, immer wieder die gleiche Affektion hervorruft. Sie wird ätiologisch hervorgerufen durch die Symbiose von Vibrionen und Spirochäten. Der Vibrio kann in Schnitten in den Blutgefäfsen und den Inguinaldrüsen nachgewiesen werden. Ebenso die Spirochäte. Der erstere entwickelt sich in Serumagar in anaerober Weise, ist Gram-positiv, leicht gebogen und oft kettenförmig mit den Nachbarn verbunden. Die Spirochäte ist Gram-negativ.

Die Balanitis erosiva und gangraenosa sind nicht zwei verschiedene klinische Varietäten, sondern sie sind nur dem Grade nach voneinander verschieden. Die gangränöse Form kann, besonders wenn sie auf der Glans sitzt, eine rasche Destruktion

derselben, oft auch der Corpora cavernosa bis zur Peniswurzel hervorrufen. In therapeutischer Beziehung kann Wassersuperoxyd als Spezifikum angesehen werden.

Gunsett-Straſsburg.

Ein Beitrag zur Behandlung der Erektionen beim Kinde, von Albert Niemann-Berlin. (*Therap. Monatsh.* 1910. Nr. 8.) Die häufigste Ursache der Erektionen bei Kindern sind entzündliche Erscheinungen an oder in der Umgebung der Genitalien, Würmer u. a. Es können jedoch auch Verklebungen der Corona glandis mit dem inneren Vorhautblatt, die eine Retention von Smegma bedingen, Erektionen veranlassen. Die Behandlung besteht in Lösung dieser Verklebungen.

Arthur Schucht-Danzig.

Die Lokalanästhesie durch die Blutbahn bei den Penisoperationen, von Serrano und Alvarez Sáenz de Aja. (*Rivista clin. de Madrid.* 1910. Nr. 12.) Es handelt sich um die Injektion von Kokain oder dessen Ersatzmittel in die Corpora cavernosa. *Gunsett-Straſsburg.*

Rhinosporidium Kinealyi mit ungewöhnlicher Lokalisation, von C. C. Ingram-Madras. (*Lancet.* 3. Sept. 1910.) Dieser von Kinealyi u. a. beschriebene Parasit ist, wie der Name besagt, in typischer Art an der Nasenschleimhaut und im Nasenrachenraum anzutreffen. I. teilt einen Fall von Lokalisation an der Conjunctiva und am Penis mit. Bei letzterem hat die Affektion etwa sechs Jahre lang bestanden und hat zur Entstehung eines multiplen, unregelmäſsig geformten, blumenkohlartigen, glatten Tumors von der Gröſse einer kindlichen Faust geführt. Die ganze Eichel war davon eingenommen. An dem operativ entfernten Gewächs fand I. die für Rhinosporidium typischen Cysten in gröſserer Anzahl. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Klinische Mitteilung über einen Fall von Fractura penis, von Fausto Fioravanti. (*La riforma med.* 1910. Nr. 21.) Mitteilung eines Falles von traumatischer Zerreiſsung des rechten Corpus cavernosum während eines stürmischen Coitus. Trotz Bildung eines sehr groſsen Hämatoms tritt Heilung mit normaler Erektionsfähigkeit ein.

Gunsett-Straſsburg.

Induratio penis plastica, von F. Callomon - Bromberg. (*Med. Klinik.* 1910. Nr. 13.) Die sechs mitgeteilten charakteristischen Fälle betreffen Männer zwischen dem 40. und 55. Lebensjahre. Die sich chronisch entwickelnde Verhärtung tritt nach Sachs in der Scheidewand oder Tunica fibrosa der beiden Corpora cavernosa penis auf dem Dorsum penis in der Medianlinie auf und ergreift erst sekundär die Schwellkörper. In einem Fall traten Blutungen ante coitum auf. In Fällen mit stärkerer Abknickung bei Erektion und namentlich bei starker Beteiligung des Corpus cavernosum urethrae ist daher der Coitus zu verbieten. Differentialdiagnostisch wichtig ist, daſs bei Lues nur oder vorwiegend ein Corpus cavernosum urethrae erkrankt.

Ätiologisch ist die Krankheit dunkel. Die Therapie leistet wenig. Erfolge durch Thiosinaminpräparate sind vorsichtig zu beurteilen, weil spontane Rückbildungen vorkommen. *Arthur Schucht-Danzig.*

Über einige Fälle von Gangrän der männlichen Genitalien, von Giuseppe Ciuffo. (*Bolletino Soc. med. chir. di Pavia.* 7. Mai 1909.) An der Hand von sechs Fällen von Gangrän der männlichen Genitalien zeigt der Verfasser, daſs es zwei klinisch und bakteriologisch leicht zu unterscheidende Formen gibt. Die eine hat eine viel stärkere Allgemeinreaktion, geht leichter auf die Nachbarregionen in Form von Erysipel und Abscessen über, die gangränöse Substanz selber ist kompakter und adhärenter und löst sich in richtiger Eiterung auf. Diese gewöhnlich geruchlose Form wird durch Streptokokken hervorgerufen. Die andere, welche bakteriologisch durch die bekannte fuso-spirilläre Symbiose erzeugt wird, hat viel destruktivere Eigenschaften, ist als lokaler Prozeſs gefährlicher und geht immer mit starkem Fötor einher.

In den Streptokokkenfällen wurde mit gutem Erfolg das Antistreptokokkenserum des Berner Vaccineinstituts verwandt. Zur Anregung der Granulationen leistete die Biersche Stauung gute Dienste. *Gunsett-Straßburg.*

Bubotomie, Scrotumhämatom und Plastik (Krankenvorstellung in der XIV. Sitzung des Spitalärztevereins), von S. Blum-Budapest. Nach Ulcus molle entstandener linksseitiger Bubo wurde einige Tage nach der Inzision vom behandelnden Arzte behufs vollkommener Eröffnung vertieft. Tags darauf war die Hälfte des linken Hodensackes aufgedunsen, drei Tage später sogar kindskopfgroß. Schüttelfrost trat auf. Auf dem Hodensack bildeten sich einige Fisteln, durch die schwarzes, seröses Blutsickerte. Patient lag zwei Tage in bewußtlosem Zustande mit hohem Fieber. Er uriniert gut. Der Urin ist rein. Der Hodensack ist in der Raphegegend mit kindshandgroßer, dunkelblau pigmentierter Haut bedeckt, an deren Rändern drei Fisteln sichtbar sind. Die Geschwulst erstreckt sich auf den Damm in Form einer faustgroßen, wenig fluktuierenden Geschwulst bis zum Anus mit gelbgrünlicher, an einzelnen Stellen livider Haut bedeckt. Verfasser öffnete in der Richtung der Raphe, vom Penis ausgehend, bis zum Anus mit einem 30 cm langen Einschnitt das Scrotum und entfernte die vorgefundene, teils ausgelaugte, teils zerfallende und teils flüssige, aus frischem Blute bestehende Masse. Die noch immer vorhandene Blutung aus der infolge der Bubotomie verletzten Vene des linksseitigen Plexus pampiniformis, welche im Verlaufe der Tunica vaginalis communis die Ursache des Hämatoms war, brachte Verfasser zum Stehen. Jodoformgaze-Tamponade, Fixierung mit Hautnaht. Patient bekam Infusion und Digalen. Vom nächsten Tage ab war Patient fieberfrei, das Bluten hörte auf. Am siebenten Tage wurde durch die lebhafte Demarkation alles Krankhafte abgestoßen. Ein vom Penis bis zum Damm, beinahe bis zum Anus sich erstreckender Defekt, beide Hoden freilassend, blieb zurück. Mit einem dem Schenkel entnommenen Lappen wurde eine Plastik vorgenommen. *Porosz-Budapest.*

Histologische Untersuchungen über einen interessanten Befund an der Urethra des Mannes, von Francesco Stinelli-Neapel. (*Anatomischer Anzeiger.* 1910. Nr. 20/22.) Es handelt sich um einen Fall von Verdoppelung der Urethra. Die beiden senkrecht übereinander liegenden Lumina waren beide sternförmig ausgebildet und verliefen parallel. Da nur der vordere Teil des Gliedes zur Untersuchung vorhanden war, so konnten die beiden Kanäle nicht weiter verfolgt werden, so daß nicht festgestellt werden konnte, ob der eine Kanal nach der Symphyse zu in den anderen überging, oder blind endete. Jedenfalls zeigte die mikroskopische Struktur der Wand, daß es sich um zwei Urethralkanäle handelte.

Gunsett-Straßburg.

Die Operationstechnik der Cystourethroskopie, von Leo Buerger-New York. (*New York med. Journ.* 3. Dez. 1910.) Nachdem B. schon früher über die Vorzüge des Cystourethroskops als Hilfsmittel zur Diagnose berichtet hatte, bespricht er in vorliegender Arbeit dessen Bedeutung zur Lokalbehandlung (in der Harnröhre). Bezüglich der Konstruktion dieses „teleskopischen“ Instrumentes sei erwähnt, daß B. sowohl mittels indirekten (Prisma-) wie direkten Lichtes befriedigende Resultate gehabt hat und die lokaltherapeutischen wie diagnostischen Maßnahmen entweder unter ständiger Flüssigkeits- (mittels Irrigation) oder Luftzufuhr ausgeführt werden. B. erklärt es vermittels dieses Instrumentes für ganz leicht, eine feine fadenförmige Bougie in den Utriculus einzuführen, die Ductus ejaculatorii und die Mündungen der größeren Prostata-Drüsengänge zu untersuchen. Die wechselnde Größe des Colliculus, die Dehnbarkeit der Harnröhre, der Beugewinkel des Bougies sind Faktoren, welche auf die Leichtigkeit, mit welcher diese Untersuchung ausgeführt werden kann, Einfluß haben. Diese Art Urethroskopie ermöglicht auch, unter Kontrolle des Auges nach Massage

der Prostata deren Sekret für sich zu sammeln und zu untersuchen, was allerdings einige Übung erheischt. Die Hochfrequenz-Elektrode (Fulguration) kann zur Zerstörung eines kleinen Papilloms, eines entzündeten Herdes oder eines Geschwüres vermittels eines dünnen isolierenden Kupferdrahtes mit dem Cystourethroskop eingeführt werden und genügen zum Gelingen dieser Prozedur meist 1 bis 3 Sekunden. Schließlich ist eines der für die Praxis wichtigsten Aufgaben dieser Cystourethroskopie, daſs sie vermittels eines feinen Messerchens die Inzision von Cysten und deren völlige Ausheilung ermöglicht. Die Einzelheiten des Instrumentariums sind nur vermittels der beigegebenen (10) Zeichnungen gut verständlich, von welchen einige auch die „Cysten"-Inzision veranschaulichen. *Stern-München.*

Über die Bedeutung der Urethroskopie für die Diagnose und lokale Behandlung der Urethritis chronica, von Cuturi. (*Gazz. d. Osped. e d. Clin.* 13. Dez. 1910.) Der Artikel enthält nichts Neues. *Gunsett-Straſsburg.*

Ein verbessertes Operations- und Beobachtungsendoskop für die vordere Harnröhre, von Joseph Francis McCarthy-New York. (*New York med. Journ.* 26. Nov. 1910.) Dieses „verbesserte" Instrument, welches eine Modifikation des Luysschen bedeutet, besteht aus einer Röhre von 26 Charr. Weite, an dessen einem Ende die auſserordentlich kleine Lampe sitzt. Dieselbe ist mit einem dünnen Draht, welcher die ganze Röhre durchzieht, verbunden; am anderen Ende der Röhre befindet sich ein Linsenapparat, der etwa einen Zoll absteht und so angebracht ist, daſs er alle möglichen Applikationen gestattet; unterhalb dieses Röhrenendes befindet sich eine Vorrichtung, in welche der Verbindungsarm zum elektrischen Strom eingefügt ist und wobei Rotation dieses Armes Öffnung und Schlieſsung des Stromes bewirken kann. Die Vorteile des Instrumentes sind Einfachheit der Konstruktion, leichte Anwendung und ein klares Licht, das bei jeder Art operativen Vorgehens gleich bleibt. McCarthy weist die Ansicht vieler Ärzte, als ob das Urethroskop von keinem oder nur geringem praktischem Werte sei, zurück und führt als Beispiele umschriebene Veränderungen der Littréschen Drüsen und der Morgagnischen Lakunen, ebenso wie Papillome und andere Neubildungen der Harnröhre an, die eben meist nur durch lokale Besichtigung eruiert werden können. Mit einer Abbildung. *Stern-München.*

Ein wasserlösliches Gleitmittel für Katheter usw., von Arthur Strauss-Barmen. (*Med. Klinik.* 1911. Nr. 8.) Die Formel lautet:

Tragacanth		1,6
Tere cum aq. frigid.		50,0
Glycerin.	ad	100,0
Coque ad sterilisat.		
Adde *Hydrarg. oxycyan.*		0,1.

Die Mischung ist dauernd haltbar. *Arthur Schucht-Danzig.*

Apparat zur Vornahme und selbsttätigen Zurückhaltung von Injektionen in die Harnröhre, von H. Müller-Thorn. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 52.) Der offenbar recht zweckmäſsige Apparat besteht aus einer der Form und Gröſse der Eichel entsprechenden Glasglocke mit zwei Öffnungsröhrchen. Das eine Röhrchen wird mit einem Saugapparat (Ballon) in Verbindung gesetzt, um durch Erzeugung eines negativen Druckes die Eichel tief in die Glasglocke hineinzuziehen. Durch das zweite Röhrchen wird dann die Injektion in die Harnröhre gegeben. Nach Abnahme der Injektionsspritze ebenso wie des Saugballons werden die Röhrchen mit Glasstöpsel verschlossen. Die Glocke bleibt längere Zeit liegen, ohne daſs der Patient etwa nötig hätte, sich ganz ruhig zu verhalten, und ein Ausflieſsen der Injektionsflüssigkeit ist wirksam verhindert. Zu beziehen ist der Apparat von Otto Goethe in Eisleben.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Mifsbrauch der Harnröhreninstrumente, von Geza Greenberg - New York. (*New York med. Journ.* 28. Jan. 1911.) G. meint, dafs nicht nur die neuesten Instrumente, wie Dilatatoren, Urethro- und Cystoskope, sondern auch die älteren, wie die Sonden, allzuhäufig von vielen Ärzten angewendet würden. Er wendet sich auch gegen das Vorurteil, das bei vielen Ärzten noch gegen die Irrigationsbehandlung der Blennorrhoe herrsche und gegen die völlig ungerechtfertigte Annahme, dafs sie häufig Epididymitis zur Folge habe. Zur Behandlung von Strikturen empfiehlt er bei engem Meatus Kollmanns gekrümmten Dilatator; ein Instrument, welches häufiger angewendet werden sollte, ist ferner der Prostatapsychrophor, welcher ermöglicht, kaltes oder heifses Wasser in der Umgebung des hinteren Teiles der Harnröhre zirkulieren zu lassen. G. zieht heifses Wasser vor, auf 20 bis 30 Minuten, welches Schmerzen und Entzündungserscheinungen lindert. Das Endoskop ist erst indiziert, wenn alle anderen Behandlungsmethoden versagt haben; bei Veränderungen im vorderen Teil der Harnröhre gibt es gröfseren Erfolg als bei solchen des hinteren Teiles. Polypen sind häufiger in der Harnröhre vorhanden, als gewöhnlich angenommen wird und das einzige Symptom kann ein hartnäckiger, wässeriger Ausflufs sein, nachdem alle Erscheinungen der Blennorrhoe verschwunden sind; es kann auch schmerzhafte Miktion und zeitenweise geteilter Strahl vorkommen. G. fand die Polypen gewöhnlich in der Fossa navicularis, zuweilen auch weit hinten in der Bulbusgegend; sie werden am besten mittels Cürette und nachfolgender (10- bis 20%iger) Argentum nitricum-Ätzung behandelt. Wenn der hintere Teil der Harnröhre affiziert ist, dann sollte das gekrümmte Endoskop sehr vorsichtig angewandt werden und zwar mehr zu diagnostischen als therapeutischen Zwecken, um Irrtümer infolge vorhandener Neubildungen, wie Papillome und hypertrophischen Veru montanum auszuschliefsen. Was nun das Cystoskop betrifft, so empfiehlt G. es in keinem Falle anzuwenden, wo nicht zuvor ein oder zwei Wochen hindurch Sondenbehandlung die Toleranz für Harnröhreninstrumente festgestellt hat, und vor dieser eine Woche lang Hexamethylentetramin (dreimal täglich 0,6) gegeben worden, das Harnsystem also genügend vorbereitet ist. Wie hinlänglich bekannt, soll die Cystoskopie unter strengster Asepsis und Antisepsis ausgeführt und zur Ausdehnung der Blase gesättigte Borsäurelösung angewandt werden. Im Verlaufe der Blennorrhoe kommt aufser bei Cystitis oder derselben ähnlichen Symptomen die Cystoskopie nur selten in Betracht; wenn in allen drei Gläsern der Harnprobe der Urin lange Zeit hindurch Spuren von Eiter zeigt, gleichzeitig aber nur geringer oder kein Ausflufs aus der Harnröhre und keine Prostataaffektion vorhunden ist, dann mufs cystoskopisch untersucht werden, ob die blennorrhoische Infektion die Nieren erreicht hat oder nicht. Im ersten Falle ist Lokalbehandlung mittels Ureterenkatheter mit 25%iger Argyrollösung angezeigt. G. schliefst mit der beherzigenswerten Mahnung, mehr konservativ in der Behandlung zu sein und erst wenn die Natur versagt, sie in energischer und doch behutsamer Weise zu unterstützen.

Stern-München.

Cytologie der Urethra. Anwendung auf die entzündlichen Folgekrankheiten der chronischen Urethritiden, von Jean Baur. (*Presse méd.* 1910. Nr. 3.) Der Verfasser spritzt morgens vor dem ersten Urin oder tagsüber vier bis fünf Stunden nach dem letzten Wasserlassen zwei bis drei Tropfen destillierten Wassers in die Harnröhre, massiert leicht die Urethra und untersucht dann den herauskommenden Tropfen mikroskopisch. Cylinderepithelzellen mit sehr viel Plattenepithelien und seltenen mononukleären Lymphocyten zeigen eine skleröse Veränderung und chronische Entzündung der Urethra an. Kommen noch reichlich polynukleäre Leukocyten dazu, so handelt es sich um eine akute Verschlimmerung einer chronischen Entzündung.

Gunsett-Strafsburg.

Zelleinschlüsse bei Urethritis non blennorrhoica, von W. Siebert. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 24.) In dieser vorläufigen Mitteilung berichtet Verfasser, daſs er, ähnlich wie andere Beobachter, bei drei Fällen von Harnröhrenentzündung bei Männern zwar niemals Gonokokken und höchstens ganz spärliche andersartige Bakterien antraf, dagegen bei Giemsafärbung äuſserst zahlreich Epithelien mit blauen, pfropfartigen Einschlüssen konstatierte. Auch fanden sich in den Epithelzellen kleine, distinkt rot gefärbte, von einem lichten Hofe umgebene runde, hantelförmig sich teilende Körnchen, und bei dem einen besonders lange sich hinziehenden Krankheitsfalle waren gelegentlich auch gröſsere Haufeneinschlüsse in gebleicht erscheinenden Zellen zu sehen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Urethritis non blennorrhoica, von H. Unterberg - Budapest. (*Gyógyászat.* 1910. Nr. 38.) Verfasser konnte in vier von acht Fällen keine Mikroorganismen nachweisen, in vier Fällen war es aber möglich. Es kann daher angenommen werden, daſs infolge gewisser Umstände der eine oder der andere Mikroorganismus virulent wird. Man weiſs aber nicht, wo das prädisponierende Moment liegt, das die Bakterien der Harnröhre virulent macht. Sechs Fälle heilten sehr rasch. In zwei Fällen war eine längere Behandlung notwendig. *Porosz-Budapest.*

Die Ätiologie der nicht spezifischen Urethritis, von Joseph Hume-New Orleans. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 54, Nr. 21.) Die akute und chronische Urethritis non specifica ist ein vollkommen abgeschlossenes klinisches Krankheitsbild, das nicht sexuellen Ursprungs zu sein braucht, oft autogener Infektion der Urethra infolge zu reichlichem Präputium, dunkler Prostata- oder Blaseninfektion sein Dasein verdankt. *Schourp-Danzig.*

Die subkutanen Harnröhrenverletzungen und ihre Behandlung, von F. Faykiss - Budapest. (*Budapesti Orvosi Ujsag.* 1910. Nr. 22.) In der II. chirurg. Klinik waren unter 1300 Erkrankungen an den Geschlechtsorganen nur zwölf Harnröhrenverletzungen. Die bei der Behandlung gemachten Erfahrungen faſst Verfasser in folgenden Punkten zusammen: 1. Bei interstitiellen Verletzungen oder bei kleineren Rupturen genügt oft die exspektative Behandlung: Ruhe, Kompressen, warme Bäder. 2. Bei schwereren Verletzungen der Harnröhre muſs mit vorsichtigem Katheterisieren ein Versuch gemacht werden. Gelingt die Einführung des Katheters, muſs er stabilisiert werden. 3. Bei vollkommenen Zerreiſsungen der Harnröhre, oder wenn das Katheterisieren nicht gelingt, muſs ein äuſserer Harnröhrenschnitt vorgenommen werden. Die Stümpfe müssen aufgesucht und ein Dauerkatheter muſs in die Blase eingeführt werden. Das Zusammennähen der Harnröhrenstümpfe ist in jenen Fällen empfehlenswert, in denen eine glatte Heilung zu erwarten ist. Sonst genügt das Einführen des Katheters, denn um den Katheter herum beginnt rasch das Wachsen des Epithels und der Mangel ist bald ersetzt. Die Nähte sollen die Schleimhaut nicht durchziehen, nur höchstens in dem Ausnahmefalle, wenn die Spannung zwischen den Stümpfen überaus groſs ist. 4. Kann der proximale Stumpf nicht aufgefunden werden, ist ein hoher Blasenschnitt und ein retrogrades Katheterisieren empfehlenswert. 5. Ist eine Harnröhreninfiltration vorhanden, genügt eine breite Eröffnung des Dammes. *Porosz-Budapest.*

Über Harnröhrenverätzungen mit chemischen Substanzen, von Ernst Spitzer-Wien. (*Wien. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 19.) Sp. behandelte je eine Harnröhrenverätzung durch Aether sulfuricus und durch Salmiakgeist. Die Zerstörungen auf der Urethralschleimhaut waren analog den bei Verätzung mit diesen Mitteln bereits bekannten der Oesophagus- und Magenschleimhaut und führten in dem einen Falle zu Strikturen. *Schourp-Danzig.*

Urethrotomie, eine Betrachtung über ihre Indikationen, Zufälle und Gefahren, von Terry M. Townsend und Julius J. Valentine-New York. (*New York med. Journ.* 16. April 1910.) Es kommen bei der Besprechung der Urethrotomie drei Wege in Betracht: der innere, äufsere und die Kombination beider. Im allgemeinen sind das Hauptindikationsgebiet Strikturen der verschiedensten Art. Die äufsere Urethrotomie bleibt für jene Fälle reserviert, wo die innere oder Dilatationen nicht möglich sind, die Kombination von innerem und äufserem Schnitt für multiple Strikturen, welche in der Pars bulbosa sitzen und mit Prostataabscefs, der Evakuation erfordert, oder anderen, freie Blasendränage erfordernden Zuständen kompliziert ist. Die Gefahren und Komplikationen der Urethrotomie haben eine Mortalität von 11 — 4% je nach den verschiedenen Operationen verursacht. Andererseits wird aber diese relativ geringe Lebensgefährlichkeit dadurch ausgeglichen, dafs das mechanische Hindernis der Harntätigkeit, die Gefahren teilweiser oder vollständiger Harnretention, Cystitis infolge von unvollkommener Dränage und ascendierender Pyelonephritis beseitigt werden. Verfasser geben noch auszugsweise aus anderen Werken eine Reihe von Ratschlägen, welche zur sorgfältigen Ausführung der Operation von Wichtigkeit sind.

Stern-München.

Ausgebreitete Leukoplakia urethralis und einige Daten zur Ätiologie der Leukoplakien, von Josef Guszmann-Budapest. (*Orvosi Hetilap.* 1910. Nr. 15.) Bei einem 38jährigen verheirateten Monteur fand Verfasser beim Öffnen der Harnröhre eine kreideweifse, sich ein wenig trocken anfühlende Veränderung. Die endoskopische Untersuchung der Harnröhre stellte fest, dafs die weifse Verdickung der Schleimhaut sich bis zum Bulbus urethrae erstreckt. Vor 14 Jahren wurde Patient mit Lues infiziert. Wassermannsche Seroreaktion ergab ausgeprägte positive Reaktion. Der Ursprung der genitalen und urethralen Leukoplakien ist mit dem der Leukoplakien in der Mundhöhle analog.

Porosz-Budapest.

Ein Fall von angeborenem Harnröhrendivertikel, von S. Timofeew-Kiew. (*Arch. f. klin. Chirurg.* Bd. 92, Nr. 1.) Bei einem Manne mittleren Alters befand sich auf der unteren Fläche des Penis im Bereich der Übergangsstelle in das Scrotum eine Vorwölbung, die etwa das Aussehen eines Kropfes hatte, von wechselnder Gröfse, doch im allgemeinen von nicht gröfserem Umfange als ein Hühnerei und von nicht geringerem als ein Taubenei. Diese Ausstülpung lief in der Richtung zum freien Ende des Gliedes spitz zu und ging hinten allmählich in das Scrotum über. An der Wurzel des letzteren liefs sich die breite Basis der mit dem Gliede zusammenhängenden Geschwulst durchfühlen. Das Scrotum erschien vergröfsert; auf seiner Vorderfläche waren entsprechend zwei hier ausmündenden Fisteln zwei eingezogene Stellen zu bemerken.

Nach den Ergebnissen der histologischen Untersuchungen der resezierten Geschwulst handelte es sich um ein Dermoid mit paraurethralen Gängen.

Schourp-Danzig.

Über einen umfangreichen Stein in einem Urethraldivertikel, von L. Bobbio. (*R. acc. d. med. di Torino.* 17. Dez. 1909.) Es handelte sich um einen über hühnereigrofsen Oxalatstein, dessen Rinde aus Calciumcarbonat bestand. Im zweiten Lebensjahre des Patienten war ein kleiner Stein aus den oberen Harnwegen in den Penis gewandert und hatte sich im Verlauf von 28 Jahren zu dieser Gröfse entwickelt.

Gunsett-Strafsburg.

Die angeborenen Verengerungen des Harnkanals, von Fronstein. (*Russki Wratsch.* 1910. S. 983.) Verfasser beschreibt zwei von ihm beobachtete Fälle von angeborener Striktur der Harnröhre bei einem 14jährigen und 18jährigen Knaben, die weder coitiert, noch masturbiert, noch an Steinen gelitten hatten. In beiden

Fällen safs die Striktur im hinteren Teil der Harnröhre und hatte zu Atoxie der Blase und zu unwillkürlichem Harnträufeln geführt. In dem einen Fall wurde durch eine Urethrotomia interna und nachfolgendem Katheter à demeure, welcher zehn Tage liegen blieb, in dem andern Fall durch Bougierung die Striktur gehoben.

Arthur Jordan-Moskau.

Die Harnröhrenstrikturen aufserhalb des Trippers und des Traumas, von Minet-Paris. (14. Sitzung der Assoc. franç. d'urol, 6. bis 8. Okt. 1910, *Gaz. des hôp.*) Minet hatte das Referat über dieses Thema übernommen und berichtete über die tuberkulösen, syphilitischen, kongenitalen und entzündlichen nicht blennorrhoischen Strikturen. *Gunsett-Strafsburg.*

Blennorrhoische Strikturen der Urethra prostatica, von Virghi. (*Giorn. internaz. delle scienze med.* XXXII. Heft 16) Dieselben sind häufiger als man glaubt. In bezug auf histologische Striktur, Entwicklung und Verlauf besteht kein Unterschied gegen die Pars anterior, derartig enge Strikturen wie dort kommen entsprechend der Weite der Pars prostatica hier nicht vor. Gewöhnlich findet man beide gleichzeitig vorkommend, und daher entgeht die hintere häufig der Beobachtung. Zur Behandlung eigne sich am besten die zirkuläre Elektrolyse. *Haas-Hamburg.*

Perurethrale Glycerin-Druckinjektion zwecks leichteren Entrierens sog. impermeabler Strikturen, von Theodor Goldenberg-Nürnberg. (*Ztrbl. f. Chir.* 1911. Nr. 5.) Der Verfasser wendet folgenden Kunstgriff bei schwer entrierbaren Strikturen an: „Erst wird ein filiformes Bougie bis dicht an die Verengerung geführt. Dann wird eine gewöhnliche grofse Punktionsspritze ohne Kanüle auf das Orif. ext. aufgesetzt, eine Assistenz prefst mit der einen Hand die äufsere Harnröhrenmündung über der Spritzenöffnung zu, die andere bedient die Spritze. Auf ein bestimmtes Kommando wird rasch unter starkem Stempeldruck das Gycerin (etwa 15 ccm) in die Harnröhre hineingeprefst, in demselben Augenblick das filiforme Bougie vorgeschoben, das nun spielend die Striktur überwindet.“ Zur Umgehung der Assistenz liefs der Verfasser eine besondere Spritze konstruieren (bei Georg Härtel-Breslau), deren Prinzip auf einem sehr geringen Längs- und grofsen Querdurchmesser (Trommelform, Inhalt 20 ccm) und in einem exzentrischen Ansatz einer die Ausflufsöffnung in sich schliefsenden Olive mit Durchbohrung für das filiforme Bougie besteht.

Gunsett-Strafsburg.

Einige Beobachtungen über den prostatischen Teil der Harnröhre, von John A. Hawkins-Pittsburg. (*New York med. Journ.* 2. Juli 1910.) Einige sehr interessante Untersuchungen über die normale und pathologische Anatomie der Pars prostatica urethrae, illustriert mit einer Reihe von Abbildungen, die in doppelter Vergröfserung, besonders die pathologischen Veränderungen des Colliculus seminalis, illustrieren. Die Pars prostatica hat im Durchschnitt eine Länge von 3 cm bei Männern ohne Prostatahypertrophie, ihr Durchmesser ist in der Mitte etwa am gröfsten, die Vorderfläche ist relativ glatt, die hintere zeigt eine deutliche, etwa 3 mm hohe und an der Basis 3 mm breite Erhabenheit, an deren Seiten die (20—30) Ductus ejaculatorii von der Prostata her einmünden. H. möchte besonders auf drei Zustände, die bisher nicht viel Beachtung in der Literatur gefunden haben, hinweisen: 1. Die Kontraktur der inneren Harnröhrenmündung (grofser Schmerz bei jeder Mixtion, häufiger Harndrang), was aber nicht in das Gebiet der Pars prostatica fällt. 2. Eitrige lobuläre Prostatitis und 3. Veru montanum (Vergröfserung des Colliculus seminalis). Die eitrige Prostatitis ist für viele Fälle von „Morgentropfen“ verantwortlich zu machen; Verdickung des Samenhügels mit spastischer Kontraktion der Pars posterior verhindert allen Eiter in die Blase zu gelangen und er läuft längs der Harnröhre zum Meatus externus. Das Veru montanum ist nach H.s Überzeugung für viel mehr Leiden des

Menschengeschlechts verantwortlich, als allgemein angenommen wird und zur Diagnose dieses Zustandes die (tiefe) Urethroskopie unerläſslich. Therapeutisch sind Applikationen starker Höllensteinlösungen, aber nicht öfters wie einmal pro Woche, das beste Mittel. Entzündung des Veru montanum ist nicht immer, wenn auch meist, durch Blennorrhoe verursacht; sie kann durch irgendeine der Ursachen der Prostatitis zustande kommen und von der letzteren nur durch die tiefe Urethroskopie unterschieden werden. Sie kann auch eine Prostatitis oder eine Vesiculitis seminalis, speziell letztere, komplizieren. Die Hauptsymptome sind ausstrahlende Schmerzen (vom Sacral-Plexus), Schmerzen in den vorderen zwei Dritteln der Harnröhre, häufiger Harndrang, Auftreten eines Tropfens Blutes mit den letzten Tropfen Urins, Gefühl von Schwere in den hinteren Teilen der Harnröhre. Wenn entzündet, blutet das Veru montanum nach dem Grade seiner Anschwellung; reflektiertes Licht ist daher bei der endoskopischen Untersuchung vorzuziehen. Das Veru, wie es in das Fenster der Röhre hineinragt, hat viel Ähnlichkeit mit einer Glans clitoridis. Nach wiederholtem Hinweise auf die Vorteile der Arg. nit.-Behandlung und kurze Erklärung der Abbildungen möchte sich H. schlieſslich die Priorität über die Differenzierung der „Veru montanum“-Affektionen, auf welche er im Jahre 1907 als erster aufmerksam gemacht habe, wahren.

Stern-München.

Eine Matratzen-Nähnadel in der Harnröhre eines Knaben, von E. Boross-Budapest. (*Urologie*, Beiblatt des *Budapesti Orvosi Ujsáy*. 1910. Nr. 4.) Ein Schulkamerad versetzte einem elfjährigen Knaben mit einer Sacknähnadel auf der linken Hälfte des Hodensackes einen Stich. Der Knabe hatte in der Harnröhre Schmerzen und lieſs blutigen Urin. Eine Woche lang war er bettlägerig. Die Nadel fühlte weder Patient, noch der behandelnde Arzt. Zeitweise lieſs er einen Tag lang blutigen Urin. Manchmal hatte er auch Harndrang. Sonst hatte er keine Unannehmlichkeiten. Ein halbes Jahr später fühlte er in der Harnröhre beim Gehen plötzlich Schmerzen. Der Urin war wieder blutig, so daſs er fünf Tage das Bett hüten muſste. Die Blutung dauerte einen Tag. Der Penis war angeschwollen. Verfasser sah den Knaben zehn Tage später. Der Urin war rein, nicht blutig, der Penis nicht geschwollen. In der linken Hälfte des Hodensackes kann ein etwa 3 cm langes narbiges Bündel herausgefühlt werden, das sich in schiefer Richtung hinzieht und in dem Hodensackteil der Harnröhre verschwindet. 6 cm weit von der äuſsern Öffnung der Harnröhre kann mit einer Metallsonde ein schiefliegender fremder Körper heraus-gefühlt werden. Röntgen zeigt in der Pars scrotalis der Harnröhre eine schiefstehende 24 mm lange Nadel. Verfasser öffnete in Chloroformnarkose das narbige Bündel und stieſs auf das Ösenende der Nadel, ihren Lauf nach oben verfolgend kam er zur Nadelspitze, die die rechte Wand der Harnröhre schief durchbohrt hatte und in narbiges Gewebe eingebettet war. Die Harnröhre öffnete er $^1/_2$ cm weit. Die Länge der in der Narbe und der Harnröhre stark eingekeilten, entfernten Nadel war $6^1/_2$ cm. Die Wunde heilte in einer Woche, das Urinlassen war nur in gröſseren Perioden schmerzhaft, der Harn blutig, was so erklärt werden kann, daſs ein 24 mm langer Teil der Nadel, der schief in der Harnröhre lag, nur bei einer Errektion die gegenseitige Schleimhautfläche der Harnröhre berührte und verwundete, so daſs sie blutete.

Primäres Epitheliom der Urethra beim Mann und bei der Frau, von J. Tauton. (*Gaz. d. hôp.* 1910. Nr. 89.) Aus dem Aufsatz ist besonders hervorzuheben, daſs das primäre Harnröhrenepitheliom nicht so selten ist, als im allgemeinen angenommen wird. Es gelang dem Verfasser im ganzen 75 Fälle aus der Literatur zu sammeln, wobei diejenigen Carcinome, die von Glans, Prostata, Cooperschen Drüsen, Vulva und Vagina sekundär auf die Urethralschleimhaut übergriffen, nicht berück-

sichtigt wurden. Für die Diagnose ist die Urethroskopie von allergröfster Wichtigkeit. Beginnende Carcinome können nur durch sie diagnostiziert werden und zwar durch endourethrale Probexzision von Gewebspartikeln. *Gunsett-Strafsburg.*

Ein primäres Epitheliom der Urethra pendula, von W. E. Peacock-Oxford. (*Brit. med. Journ.* 15. Jan. 1910.) Ein 74jähriger Herr klagte über unbestimmte Schmerzen im Unterleib, Rücken und Mastdarm. Nach einigen Wochen kamen gelegentlich auch Schmerzen beim Urinieren und Reizung an der Glans penis hinzu. Die Katheterisierung war anfangs mühelos gelungen (Nr. 14 E), aber etwa zehn Wochen später konnte nur Nr. 7 eingeführt werden. Verfasser hatte zwei Jahre zuvor den Patienten wegen Epithelioms der Lippe operiert und vermutete trotz Fehlens weiterer objektiver Erscheinungen am Penis eine Neubildung. Es wurde deshalb die Amputation der Hälfte des Gliedes vorgenommen. Erst nach genauerem Nachforschen gelang es, an dem Präparat den kleinen aber charakteristischen epitheliomatösen Herd nachzuweisen. Patient ist seither zwei Jahre lang gesund geblieben, kann jagen und reiten. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Harnröhrentherapie bei Tabes dorsalis, von E. T. Jensen-London. (*Brit. med. Journ.* 11. März 1911.) Verfasser hat, ähnlich wie Jaworski, seit etwa einem Jahr bei sechs Tabikern eine systematische allmähliche Dehnung der Urethra und Beseitigung etwaiger Strikturen ausgeführt. Bei drei Fällen sind alle Beschwerden zurzeit beseitigt, und bei den anderen ist wenigstens eine gewisse Besserung zu konstatieren. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ekstrophia vesicae urinariae mit Adenocarcinoma gelatiniforme, von A. Hager. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 44.) Das hier besprochene und abgebildete Präparat stammte von einem 66jährigen Tagelöhner. Es hatte bei der Aufnahme schon fast die ganze ekstrophierte Schleimhaut überwuchert. Nach oberflächlicher Auskratzung und Verschorfung trat Besserung ein, und Patient entzog sich der weiteren Behandlung, kehrte aber unmittelbar vor seinem Tode etwa sechs Monate später mit einem erheblichen Rezidiv zurück. Die Sektion ergab neben allgemeinem Marasmus das geschilderte Neoplasma in einer Ausdehnung von 9×10 cm. Die mikroskopische Untersuchung des Tumors ergab neben langgestreckten Epithelschläuchen das Bild eines Gallertkrebses. Verfasser bespricht die verschiedenen Theorien über die Entstehung der Blasenekstrophie und die verschiedenen Möglichkeiten der Entstehung dieses ungewöhnlichen Neoplasmas. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ein Fall von Divertikel des Fundus der Blase nebst offenem Urachus, von E. E. Todd-Adelaide, Australien. (*Brit. med. Journ.* 2. Juli 1910.) Die 33jährige Patientin, Mutter von zwei Kindern, kam wegen Erscheinungen von Blasenkatarrh sowie wegen einer Nabelhernie in Behandlung. Die ersten Blasenbeschwerden waren angeblich vier Jahre zuvor während der ersten Schwangerschaft hervorgetreten; dabei war der gröfsere Teil des Urins damals immer durch den Nabel abgeflossen. Die angegebene Anomalie wurde operativ festgestellt und erfolgreich beseitigt. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Behandlung der angeborenen Blasendivertikel und ihre klinische Bedeutung, von B. N. Cholzoff-St. Petersburg. (*Arch. f. klin. Chir.* Bd. 94, Heft 1.) Die erworbenen Blasendivertikel entstehen bei lange dauernder Behinderung der Harnentleerung. Bei angeborenen Divertikeln mündet der eine Ureter manchmal in das Divertikel. Das klinische Bild der nicht komplizierten Blasendivertikel ist sehr unbestimmt: bei grofsen Divertikeln läfst sich ein Tumor palpieren, die Harnentleerung kann erschwert sein, in zwei Absätzen sich vollziehen, manchmal stellt sich häufiger Harndrang ein, vollständige oder teilweise Retentio urinae. Bei kleinen, nicht komplizierten Divertikeln können Harnbeschwerden ganz fehlen. Bei Hinzutreten einer In-

fektion treten die Symptome einer akuten bzw. chronischen Cystitis in den Vordergrund. Ebenso sind Hydronephrose, Pyelonephritis oder Pyonephrose eine häufige Komplikation eines Harnblasendivertikels. Für die Diagnose können das manchmal vorkommende Urinieren in zwei Absätzen und das Vorhandensein eines Tumors im unteren Teil des Abdomens, der bei Injektion von Flüssigkeit in die Blase sich vergröſsert und nach Abflieſsen dieser sich verkleinert, von Bedeutung sein. Letzteres Symptom fällt besonders bei sehr groſsen Divertikeln ins Auge; am deutlichsten ist es bei den vorderen Divertikeln ausgeprägt, weniger deutlich bei den seitlichen, und fast nie ist es bei den hinteren Divertikeln vorhanden. Am leichtesten ist ein Divertikel durch das Cystoskop nachzuweisen; ein Divertikel bedeutet für den Kranken, wenn es durch eine Infektion kompliziert wird, eine groſse Gefahr, nach der Statistik von Englisch beträgt die Sterblichkeit 83,1 %. Die Gefahr des Divertikels beruht vornehmlich in der Harnstagnation; daher muſs die Therapie auf die Beseitigung der Harnretention gerichtet sein. Wo eben möglich, soll das Divertikel radikal entfernt werden: das vordere und obere seitliche nach Eröffnung der vorderen Bauchdecken, das hintere und untere seitliche nach temporärer Resektion des Steiſsbeines. Sind die Divertikel durch eine Infektion kompliziert, so muſs der radikalen Operation eine suprasymphysäre Eröffnung der Blase vorausgehen. *Schourp-Danzig.*

Über die Entwicklung der Muskelschichten der Harnblase und des Trigonums, wie auch des glatten Muskelsphinkters, von R. Versari-Palermo. (*Gyógyászat.* 1910. Nr. 24.) Verfasser faſst seine Untersuchungen in Folgendem zusammen: 1. Der Blasensphinkter von glatter Muskulatur entwickelt sich unabhängig von der mittlern zirkulären Muskelschicht der Blase, so auch von der zirkulären Muskulatur der Harnröhre. 2. In der Entwicklung kann ein urethraler und ein trigonaler Teil unterschieden werden. Der urethrale Teil ist ringförmig und umgibt den Anfang der Harnröhre. Früher entwickelt sich der vordere Teil, erst später der hintere und erst dann erscheint der trigonale Teil. Der hintere Teil so breiter geworden, nimmt einen Teil des Trigonums ein, wird abwärts längs der Harnröhre breiter, so daſs der hintere Teil des Sphinkterbogens ein viel breiteres Muskelband ist, als der vordere (wie ein Siegelring). 3. Die Basis des Trigonums (den Teil zwischen den zwei Ureteröffnungen) bilden teilweise die eigenen Muskeln der Ureteren, teilweise die Muskelstränge der Ureteren. Diese Teile sind in einer Periode des fötalen Lebens scharf von einander abgegrenzt. Den Grenzteil füllen erst später Muskelstränge von verschiedenen Formationen aus. Bei Erwachsenen finden wir an dieser Stelle solche Muskelstränge, die von der Muskulatur der Blase stammen. 4. Später ziehen sich die Längsmuskelstränge der Blase zur äuſseren und inneren Fläche des Sphinkters, dann dringen sie hinein. Anfangs sind die eindringenden Stränge rar, sie vermehren sich erst später. Später dringen in den urethralen Sphinkter zahlreichere Längsfasern, als in den vordern urethralen Bogenteil des Sphinkters. Das ist eine ständige Erscheinung. Diese Muskelstränge längs der „Blase“ sind nicht fähig den Sphinkter zu öffnen, aber in einem entsprechenden Augenblick, wenn der Tonus des Sphinkters es gestattet, müssen sie auch die Erweiterung fördern. In dieser Weise haben sie eine Rolle in dem verwickelten Mechanismus des Urinentleerens. Diese Erläuterung wird durch mehrere Figuren im Text deutlich erklärt. *Porosz-Budapest.*

Ursache und Behandlung der Blasen-„Reizbarkeit“, von Ch. W. Bonney-Philadelphia. (*The Ther. Gaz.* März 1910.) B. versteht unter Blasenreizbarkeit nicht nur nervöse Störungen, sondern möchte alle Fälle hierunter zusammenfassen, bei denen die groſse Häufigkeit des Harnlassens, Tenesmus, Träufeln oder unwillkürlicher Harnabgang vorhanden sind, ganz gleich ob die Ursache eine funktionelle oder eine organi-

sche ist; er schliefst aber alle die Fälle davon aus, bei denen die Beschwerden der Blase durch Erkrankungen anderer Organe verursacht sind. Er glaubt, dafs in dieser Hinsicht oft gefehlt wird und Erkrankungen benachbarter Organe übersehen werden. „Störungen im Stoffwechsel können die Zusammensetzung des Urins so ändern, dafs eine häufigere Frequenz, Schmerzen und leichter Tenesmus resultieren. Diese Änderung der Zusammensetzung betrifft in erster Linie den Gehalt an Säuren und Alkalien.“ „Einfache Hyperacidität ist bei Kindern und jungen Leuten imstande eine Blasenreizung hervorzurufen, doch kann dies auch der Fall bei alten Leuten sein, besonders wenn diese zu Lithiasis und Gicht neigen.“ „1,8 g Kal. bicarbon. in einem Glas Wasser vor dem Schlafengehen gibt zufriedenstellende Resultate. Dabei soll für guten Stuhlgang Sorge getragen werden und bei Anwesenheit von Indikan im Harn 1,2 g Natr. sulfocarbol. auf mehrere Dosen tagsüber verteilt gegeben werden.“ Ähnliche Erscheinungen hat B. beobachtet bei Personen mit neutralem oder leicht alkalischen Urin, denen er dann mit gutem Erfolge Acid. phosphoric. dilut. 15—20 Tropfen in Wasser vor den Mahlzeiten verordnet hat. Auch nach Erkältungen werden häufig Erscheinungen beobachtet, die Casper Vorläufer der Cystitis genannt hat; doch ist wohl dabei zu beachten, dafs bei Personen, die hierzu neigen, häufig Erkrankungen des einen oder anderen Organs bereits vorliegen. Er erinnert hier an die Prostata älterer Männer und Uterus und Adnexorgane bei Frauen. Er erinnert ferner an Strikturen, verengertes Orificium und präputiale Verklebungen; Phimosis der verschiedensten Grade ist ja überhaupt, besonders bei Kindern, eine häufige Ursache von Blasenstörungen. Bei Frauen erinnert er an den Prolaps der vorderen Vaginalwand, Gebärmutterverlagerungen, Urethrocele und Karunkelbildung. *W. Lehmann-Stettin.*

Vordrängung der Harnblasenwand in den Inguinalkanal hinein, von A. H. Gifford-London. (*Lancet.* 24. Dez. 1910.) Von diesem seltenen Vorkommnis schildert G. zwei Fälle. Der eine betraf einen fünfjährigen Knaben, bei dem als Säugling eine Bruchoperation ausgeführt worden war. Bei Hustenstöfsen drängte sich ein dattelgrofser Tumor in den Leistenkanal vor. Die Operation ermöglichte erst die richtige Diagnose. Der andere Fall betraf einen 33jährigen Mann. Derselbe gab an, etwa drei Wochen vor der Aufnahme infolge einer Anstrengung einen Bruch akquiriert zu haben. Bei der Operation fand sich kein Darmvorfall, sondern nur die Vortreibung der Blasenwand. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Experimentelle Untersuchungen über Blasentuberkulose, von M. Breton. *Ann. de l'inst. Pasteur.* 1910. Nr. 10.) Impfversuche mit Tuberkulose an der Blase von Kaninchen und Meerschweinchen zeigten, dafs die sekundäre Nierentuberkulose nicht auf dem aufsteigenden Wege, sondern durch die Lymph- und Blutbahn entsteht. Sie sind auch ein neuerlicher Beweis für die Häufigkeit der lympho-hämatogenen Entstehung der Lungentuberkulose. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Die Cystitis proliferans tuberculosa (Cystitis framboesiformis), von Ch. L. Gautier. (*Semaine méd.* 1910. Nr. 32.) Eine Cystitis verrucosa, villosa oder proliferans erregt gewöhnlich nicht den Verdacht der tuberkulösen Natur. Der Verfasser teilt drei Fälle mit, bei denen zwischen den Ureteren gelegene hypertrophisch-framboesoide Inselchen cystoskopisch festgestellt wurden, die sich als sicher tuberkulös erwiesen. *Gunsett-Strafsburg.*

Über einige Fälle von Cystitis mit unvollkommener Retention, von M. Cealic und L. Strominger-Bukarest. (*Spitalul.* 1910. Nr. 13.) Bei Entzündung der Blasenschleimhaut aus was immer für einer Ursache, ist die genaue Erforschung der Blasenkapazität von Wichtigkeit. Man wird in vielen Fällen finden, dafs dieselbe kleiner ist als das nach der spontanen Harnentleerung in der Blase zurückbleibende Harnresiduum. Die betreffenden Zahlen als Bruch gestellt, ergeben, wie Guyon gezeigt

hat, eine Zahl, die sich den Ziffern 1, 2, 3 usw. nähert und es zeigt die Erfahrung, daſs je gröſser diese Zahl ist, um so schwerer auch die betreffende Blasenentzündung ist, und um so schlechter die Prognose. Die Verfasser haben sechs Fälle von Cystitis eingehend untersucht und diesen Satz bestätigt gefunden. *E. Toff-Braila.*

Zur Kasuistik der Cystitis und Bakteriurie bei Kindern, von Albert Struck. (Inaug.-Dissert. München 1909.) Der der Arbeit zugrunde liegende Fall ist von Interesse, weil erstens die Cystitis eines Knaben selten ist, zweitens, weil der Staphylococcus albus gefunden wurde, der auch nicht häufig Cystitis bei Knaben verursacht und drittens, weil jedes ätiologische Moment fehlte.

Fritz Loeb-München.

Die Behandlung der chronischen Cystitis beim Manne, von H. M. Christian-Philadelphia. (*The Ther. Gas.* Mai 1910.) Die Erfahrungen des Verfassers stimmen mit denen anderer Autoren überein, daſs der Gonococcus äuſserst selten als Ursache einer chronischen Cystitis anzusehen ist; er schlieſst sich der Statistik von Albarran und Halle an, die unter 304 Fällen bei genauer bakteriologischer Untersuchung nur zehnmal den Gonococcus gefunden haben. Unter den verschiedenen ätiologischen Ursachen, die sekundär eine chronische Cystitis im Gefolge haben können, hält er für die wichtigsten: 1. Blasenstein, 2. Blasentumor, 3. Harnröhrenverengerung, 4. Prostatavergröſserung mit Harnverhaltung, 5. Tuberkulose und 6. chronische Cystitis als Komplikation des Typhus oder einer Erkrankung des Zentralnervensystems, wie Tabes, chronische Myelitis und spastische Paraplegie. Seine therapeutischen Empfehlungen unterscheiden sich nicht von den bekannten Behandlungsmethoden; resigniert gibt er zu, daſs selbst nach Beseitigung der Ursache und trotz geeigneter Behandlung manch chronischer Blasenkatarrh weiter besteht. *W. Lehmann-Stettin.*

Über hämorrhagische Cystitis nach Operationen am Mastdarm, von Sigmund Hadda - Breslau. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 34.) Während im allgemeinen die postoperative Cystitis als katarrhalische oder eitrige auftritt, kommt bei rektalen Operationen sehr oft hämorrhagische Cystitis vor. Die Krankheit beginnt meist am dritten bis sechsten Tage post operationem. In der Hälfte der Fälle setzte sie mit starker Blutung ein, die Beschwerden waren die der akuten Cystitis. Nach drei bis fünf Tagen lieſs die Hämaturie nach und die Cystitis bekam rein katarrhalischen Charakter. Heilung trat nach zwei bis drei Wochen ein.

Als Ursache nimmt Verfasser thrombotische Vorgänge im Bereich der Blasenvenen an, durch die es in der Blasenschleimhaut zur venösen Stauung und ihren Folgeerscheinungen kommt. Bei den niemals ganz aseptisch ausführbaren rektalen Operationen kommt es leicht zu Eröffnung des Venenplexus und auf diesem Wege kommen Bakterien in die mit den Analvenen reichlich kommunizierenden Blasenvenen.

Eine weitere Ursache kann die sein, daſs infolge Kotstauung Bakterien in das Blut und schlieſslich auch in die Blase einwandern. *Arthur Schucht-Danzig.*

Ein neues Medikament für Blasenspülungen, von A. Weith. (*Rev. méd. de la Suisse rom.* 1910. Nr. 10.) Empfehlung des Wasserstoffsuperoxyds.

Gunsett-Straſsburg.

Glycerin als Blasenlaxans, von Otto Franck. (*Ztrbl. f. Chir.* 1911. Nr. 2.) Bei postoperativer Blasenparese werden 15—20 g Glycerin ohne Katheter direkt durch das Orificium urethrae in die Blase gespritzt. Davon flieſsen 10 g wieder durch die prall gefüllte Urethra ab, so daſs nur 5 bis 10 g in die Blase eindringen, welche aber genügen, um spätestens in 20 Minuten eine spontane Entleerung mit weiterem dauerndem Erfolge herbeizuführen. Auch bei mechanischen und neurogenen Lähmungen, bei Strikturen und Prostatahypertrophie zeigte sich ein augenscheinlicher, wenn auch nur momentaner Erfolg. *Gunsett-Straſsburg.*

Zwei Fälle von extraperitonealer Blasenverletzung, von Le Clerc-Dandoy. (*La Policlinique*. 1910. Nr. 23.) In dem einen Fall hatte sich ein Stein um einen nach einer Beckenfraktur in die Blase eingedrungenen Knochensplitter gebildet, im anderen handelte es sich um eine Phlegmone des Cavum Retzii durch spontane Blasenruptur während einer unter starkem Pressen ausgeführten Miktion bei einem Strikturkranken. Beide Fälle heilten. *Gunsett-Straßburg.*

Pathologische intraperitoneale Harnblasenruptur, von F. Oehlecker-Hamburg. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 24.) Bei einem 70jährigen Manne mit mäßiger Prostatahypertrophie, der seit einigen Jahren an Harnbeschwerden, namentlich an starker Vermehrung der Miktionen litt, trat — zweifellos infolge Überdehnung der Blase, einer leichten Balkenblase, bei partieller Wandschwäche — eine spontane oder, wie Oe. für richtiger hält, pathologische intraperitoneale Harnblasenruptur auf. Der Mann kam erst nach vier Tagen mit schweren peritonitischen Erscheinungen zur Operation und mußte acht Tage später nochmals wegen Peritonitis laporatomiert werden, überstand aber beide Eingriffe sehr gut. Das kurz nach der ersten Operation entnommene Blut zeigte eine Gefrierpunktserniedrigung von 0,66, die aber in den nächsten Tagen zur Norm abfiel. Damit ist nach Ansicht Oe.s erwiesen, daß im klinischen Bild der Harnblasenruptur die Urämie, bzw. Urinintoxikation eine Rolle spielt. *Götz-München.*

Blasenruptur und Operation 77 Stunden nach dem Unfall, von James R. Judd-Honolulu. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 54, Nr. 15.) Ein 55jähriger Mann fiel von einer sechs Fuß hohen Veranda; es traten Schmerzen in der Blasengegend und Schwellung des Unterleibes auf unter kompletter Urinverhaltung. Der Mann wurde 77 Stunden nach dem Unfall operiert; die Bauchhöhle war mit sechs Quart Urin gefüllt; die hintere Blasenwand war quer zerrissen; die Rißwunde wurde genäht, die Blase wie bei suprapubischer Cystostomie drainiert. Die Heilung trat in drei Wochen ein. *Schourp-Danzig.*

Die Drainage und Dauerirrigation der Blase, von Jean Fiolle und Paul Fiolle-Marseille. (*Gaz. d. hôp.* 1910. Nr. 60.) Der Artikel enthält nichts Neues. *Gunsett-Straßburg.*

Totalexstirpation der Blase, von J. Verhoogen und De Graeuwe. (*Journ. méd. de Bruxelles*. 1910. Nr. 16 und 17.) Die Verfasser wünschen, daß die Operation in einem Stadium vorgenommen würde, in dem die vorgeschrittene Kachexie der Kranken noch nicht alle Operationserfolge illusorisch macht, und hoffen, daß dann die jetzt noch 52,7% betragende Mortalität bedeutend sinkt. Sie schlagen vor, zuerst eine temporäre doppelseitige Nephrektomie und erst später die Cystektomie mit Implantation der Ureteren in das Coecum vorzunehmen. *Gunsett-Straßburg.*

Blasenresektion bei malignen Erkrankungen, von Mac Cowan. (*Northwest Med.* Nov. 1909.) Bericht über vier Fälle von erfolgreicher Entfernung eines Teiles der Blase. Im ersten Falle wurde bei einem 60jährigen Manne die Diagnose auf Prostatacarcinom mit Beteiligung des linken Samenbläschens und des Blasenbodens gestellt. Auf perinealem Wege wurde die Prostata und die Blasenwand, so weit sie sich infiltriert erwies, herausgenommen. Trotzdem das Peritoneum dabei geöffnet werden mußte und die Blase nicht vollkommen mit der Urethra wieder vereinigt werden konnte, genas der Patient ohne Störungen beim Urinieren und ging erst ein Jahr später an einem Rezidiv in der Leber zugrunde. Im zweiten Falle wurde bei einem 8½jährigen Knaben wegen eines Tumors, der sich später als nicht-tuberkulöses Granulom erwies, die ganze Blase bis auf das Trigonum entfernt; nach drei Wochen konnte der Knabe Harn lassen, bei späterer Untersuchung 500 ccm Urin halten. Bei einer dritten Patientin von 27 Jahren wurde eine ulcerierte Geschwulst in der oberen

Blasenwand cystoskopisch diagnostiziert und suprapubisch entfernt; Erfolg in jeder Beziehung vollkommen. Im vierten Falle wurde bei einem 41jährigen Manne eine Carcinose der ganzen Blasenwand gefunden. Die Blase wurde trotzdem unter sorgfältiger Ausschälung der Ureteren entfernt; der Mann lebte noch acht Tage.

W. Lehmann-Stettin.

Transperitoneale Cystotomie bei Blasentumor, von S. Pringle - Dublin. (*Lancet.* 28. Jan. 1911.) Die Eröffnung der Blase von dem oberen, von Peritoneum bedeckten Teile aus ist schon von verschiedenen Chirurgen erfolgreich durchgeführt worden. Gegenüber der gesteigerten Gefahr der Infektion, welche ja heutigen Tags immer zuverlässiger bekämpft wird, bietet die Methode unzweifelhaft Vorteile, indem das zu operierende Gebiet weit besser zugängig gemacht wird als bei der Inzision dicht über dem Schambein, und infolgedessen die ganze Operation viel akkurater, bequemer und erfolgreicher ausgeführt werden kann. Verfasser schildert die wohlgelungene Entfernung eines gestielten, hühnereigroſsen Tumors der Basis der Blase nach dieser Methode und legt die Einzelheiten der Technik dar.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Behandlung von gutartigen Geschwülsten der Harnblase mit Oudinstrahlen, von Edwin Beer-New York. (*Centralbl. f. Chir.* 1910. Nr. 34.) „Bei dieser neuen Methode der Behandlung von Blasentumoren wird ein Hochfrequenzstrom (Oudin) mittels eines Ureterencystoskop in die Blase eingeführt und auf solche Weise direkt auf den Tumor appliziert. Der sofortige Effekt ist sehr verblüffend. Man bemerkt sofort eine deutliche Verbrennung, welche zur Verkohlung führt, und ebenfalls eine starke Gasproduktion (Elektrolyse). Vielleicht findet gleichzeitig eine Jonisirung statt. Die Geschwulst wird nekrotisch und wird allmählich in kleinen Stücken abgestoſsen, unter Zurücklassung einer glatten Oberfläche normaler Blasenschleimhaut mit leicht narbiger Einziehung. Kam genügend Oudinstrom zu Verwendung, so wird der ganze Tumor auf einmal zerstört, wenn nicht, so muſs man die Basis des Tumors nach Abstoſsung der oberflächlichen Schichten einer erneuten Behandlung unterwerfen." Die Methode wurde an zwei Fällen mit gutem Erfolge ausgeführt. Die Blasenschleimhaut wird dabei kaum affiziert. *Gunsett-Straſsburg.*

Die Entfernung gewisser Blasentumoren durch die Urethra, von G. Marion. (*Presse méd.* 1910. Nr. 102.) Marion operiert die Blasentumoren nicht mehr vermittels des Nitzeschen Operationscystoskop, sondern mit Hilfe eines von ihm konstruierten Instruments, das aus einer Zange besteht, deren beide Arme an ihrer Innenfläche einen Kauter tragen. Die beiden Arme können geöffnet und geschlossen werden vermittels einer am äuſseren Griffe befindlichen Schraube. Der optische Teil des Instrumentes läſst sich in einem unter dem oben beschriebenen operativen Teil gelegenen Tubus hin- und herschieben. Zum Gebrauch wird das Instrument wie ein gewöhnliches Cystoskop eingeführt und der optische Teil vorgeschoben. Dann wird der operative Teil geöffnet, der Stiel des Tumors mit der Zange gefaſst und der Strom geschlossen. *Gunsett-Straſsburg.*

Bemerkungen über die operative Behandlung von Papillomen der Blase, von J. W. T. Walker - London. (*Lancet* 12. Nov. 1910.) Als Ursachen der so häufig zu beklagenden Rezidive nach der Exstirpation von Papillomen der Harnblase nennt W. einmal die Unvollständigkeit der Abtragung als Folge einer unvollkommenen Technik, ferner die ungewollte Übertragung von Tumorkeimen auf andere Partien der Schleimhaut während des Operierens und schlieſslich das Übersehen von schon in der Bildung begriffenen Wucherungen als Folge der ungenügenden Besichtigung der Blase nach der Eröffnung und, noch mehr, bei der vorherigen cystoskopischen Unter-

suchung. Verfasser rät eindringlich, eine genaue bildliche Aufzeichnung aller Abnormitäten in der Blase schon bei der ersten Cystoskopie anzufertigen. Die geöffnete Blase legt sich bekanntlich in sehr unbequemer Weise zusammen. Zum Offenhalten empfieht W. seinen speziell konstruierten Halter, der im Verein mit der TRENDELENBURGschen Lagerung gute Dienste leistet. Immerhin soll man schon vor der Operation genau wissen, was zu erwarten ist. Im übrigen enthält der Artikel einige instruktive Krankengeschichten und nützliche technische Einzelheiten.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Fulgurationsbehandlung der Blasenpapillome, von LEO BUERGER - New York. (*New York med. Journ.* 29. Oktober 1910.) Auf Grund von drei mit Erfolg behandelten Fällen kommt B. zu folgenden Schlüssen: Die KEATING-HARTsche Methode der Fulguration von Geweben stellt nach der von BEER angegebenen Technik bei Blasenpapillomen eine leichte und sichere Behandlungsart dar. In den drei Fällen schien die Heilung eine dauernde zu sein. Obwohl die genaue Wirkungsart des Hochfrequenzstromes nicht völlig verständlich ist, so können wir diese Form der Elektrizität als eine Kauterisationsmethode ansehen, welche die gewöhnliche Elektrokauterisation in der Leichtigkeit, mit welcher sie in der Blase angewandt werden kann, bedeutend übertrifft. B. hat für diese Art Behandlung ein spezielles Operationscystoskop konstruiert; Die Dauer der Sitzungen betrug 10—30 Sekunden, die Anzahl derselben ein, drei und vier, je nach der Gröfse der Neubildung. Mit einer Abbildung.

Stern-München.

Ein operierter Fall von Blasenpapillom. (Mit Blasenspiegel sichtbare Blasenvereinigung und Cystopexie.), von EUGEN REMETE-Budapest. (*Urologia*, Beiblatt der *Budapesti Orvosi Ujság.* 1910. Nr. 1.) Kasuistik. *Porosz-Budapest.*

MAMMIN - POEHL bei Harnblasenblutungen infolge von Papillomen, von J. GROSSER - Berlin. (*Allg. med. Centralztg.* 1911. Nr. 4.) In drei Fällen von multiplen hämorrhagischen Papillomen der Harnblase blieben nach sechswöchiger Injektion von zweimal täglich 0,3 g MAMMIN-POEHL die Blutungen aus; cystoskopisch konnte eine Verkleinerung der Papillome festgestellt werden. *Schourp-Danzig.*

Über variköse Blasenblutungen, von JULIUS VOGEL - Berlin. (*Berlin. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 17.) Als Charakteristikum der „Varicen" der Blase ist das starke Vorspringen der Venen über das Schleimhautniveau cystoskopisch nachweisbar, während die Schlängelung häufig fehlt. Da die Ursache in Zirkulationsstörungen der Nachbarorgane zu suchen ist, finden sich Blasenvaricen häufiger beim weiblichen Geschlecht, und zwar infolge para- oder perimetritischer Verwachsungen und Bindegewebsbildungen, Gravidität und Tumoren, bei Männern infolge Prostatavergröfserungen. Die Blutungen sind meist vorübergehend ohne nennenswerte subjektive Beschwerden. Die Therapie besteht in Bettruhe, Kälte, Stypticis eventuell Injektion von 2%iger Gelatinlösung in die Blase. Die vier eigenen Beobachtungen werden kurz besprochen. *Arthur Schuch-Danzig.*

Bericht über einen Fall von Fremdkörper in der Urinblase, von H. W. WEBBER-Plymouth. (*Lancet.* 18. Febr. 1911.) Ein 14jähriger Knabe setzte sich unbeabsichtigterweise auf ein aufrechtstehendes, 6 cm langes, scharf zugespitztes Stück Schiefergriffel. Die alsbald vorgenommene ärztliche Untersuchung liefs eine Verletzung in der Fossa ischio-rectalis und das Vorhandensein eines Fremdkörpers in der Tiefe erkennen. Die Röntenuntersuchung lokalisierte denselben in der Blase; die daraufhin vorgenommene mediane perineale Cystotomie ergab, dafs der Fremdkörper glatt bis ins Innere der Blase vorgedrungen war. Es erfolgte ungestörte Genesung.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Zur Frage der Fremdkörper in der Harnblase, von KREPS.

Zur Kasuistik der gewaltsamen Einführung eines Fremdkörpers in den Harnkanal, von SPRINGENFELD. (*Wratschebnaja Gaseta.* 1911. Nr. 8, S. 279 und 282.) K. berichtet über ein junges Mädchen, Virgo intacta, welches sich nicht zu masturbatorischen Zwecken, sondern wegen Harnverhaltung ein Licht in die Harnröhre eingeführt hatte, das abbrach und in die Blase gelangte. K. entfernte diesen Fremdkörper per vias naturales.

In einem zweiten Fall sah K. einen Nelatonkatheter, welchen eine Hebamme, zwecks künstlichen Abortes, einer ledigen Person in die Harnröhre eingeführt und dabei abgebrochen hatte, spontan ausscheiden.

An SP. wandte sich ein 38 jähriger Mann mit einem ödematösen Penis und einem aus der Harnröhre herausragenden Faden. Erst operativ gelang es ein Stück Bleifeder, welches mit dem Faden verbunden war, aus der Pars bulbosa urethrae zu entfernen. Die Bleifeder war aus Mutwillen oder Rache von zwei anderen Männern dem Kranken in die Harnröhre hineingezwängt worden. *Arthur Jordan-Moskau.*

Die Bilharziakrankheit der Harnblase, von ERNST R. W. FRANK-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 20.) FR. hat zwei Fälle von Bilharziakrankheit der Harnblase cystoskopisch untersucht und die Befunde in drei Bildern nach der Natur zeichnen lassen. Im ersten Bild, das den anfänglichen Stadien der Bilharziose entspricht, erscheint die Blasenschleimhaut derb und verdickt, stellenweise sammtartig anzusehen und mit ganz feinen, zottigen, blendend weifsen Granulationen bedeckt; aufser kleinen hahnenkammartigen Exkreszenzen und kleineren, breit aufsitzenden Tuberositäten sieht man kleine, weifsschimmernde, pustelartige Gebilde, aus denen nach Abhebung der Epitheldecke durch die Pustel Distomumeier frei werden und in das Blaseninnere gelangen. Das zweite Bild, das ein vorgeschritteneres Stadium darstellt, weist eine Gruppe gröfserer, breit aufsitzender Tuberositäten auf, über denen die Schleimhaut verdickt ist; aufserdem finden sich kleine, weifse, deutlich verkalkte Narben, die offenbar aus oberflächlichen Ulcerationen entstanden sind. Das dritte Bild veranschaulicht den gutartigen Ausgang in narbige Infiltration des Gewebes; aber auch hier finden sich noch die beschriebenen pustelartigen Knötchen, aus denen wieder Distomumeier in die Blase gelangen können. Mit diesem Befunde stimmt die Tatsache überein, dafs von den Ärzten, die Bilharziafälle längere Zeit beobachtet haben, sichere Heilungen niemals konstatiert worden sind; es wurden bisher nur erhebliche Besserungen des Allgemeinbefindens und der lokalen Beschwerden erzielt.

Götz-München.

Die Diagnose und Therapie der Blasensteine, von MARTIN W. WARE-New York. (*New York med. Journ.* 9. Juli 1910.) Die Anwesenheit eines Blasensteines wird in erster Linie durch Symptome, welche jeder Cystitis eigen sind, angezeigt: häufige, schmerzhafte Miktion, Blasentenesmus und -Inkontinenz, vermehrter Harndrang bei irgendwie stärkerer Körperbewegung (Reiten auf schlechten Strafsen, Fahren in stark schüttelnden Omnibussen usw.), zeitweise blutiger Urin, ausstrahlende Schmerzen über die Blasen-, Perineal-, Lumbalgegend usw. Vor Einführung von Instrumenten sollten alle anderen diagnostischen Mittel erschöpft werden: bei jüngeren Individuen gelingt es zuweilen, durch Untersuchung per rectum oder noch besser bimanuelle Untersuchung (per vaginam) die Diagnose zu sichern. Sicherer ist die cystoskopische Untersuchung, die aber bei sehr trübem Urin (starkem Blasenkatarrh) den Nachteil hat, sehr häufiger Spülungen zu bedürfen. W. rät zur Vorbereitung des Patienten, vor der Cystoskopie einige Male zu sondieren. So grofs auch die Vorteile der letzteren sind, so sehr es damit gelingt, kleine, in Divertikeln versteckte Steine und alle damit zusammenhängenden Zustände der Blase festzustellen, so gibt es doch Fälle, wie

encystierte und durch Prostatavergröfserung verborgene Steine, wo nur Untersuchung mit **Röntgenstrahlen** die Diagnose sichern kann; dieselbe ist absolut angezeigt bezüglich beider Nierengegenden, wenn der Blasenstein klein und angenommen wird, er sei nur in die Blase eingewandert. Was die **Therapie** betrifft, so empfiehlt W. für kleine Steine Aspiration mit dem evakuirenden Katheter, Lithotripsie eignet sich nur für gröfsere Steine und nicht ambulatorische Behandlung, in sehr vielen Fällen dürfte oberer Blasenschnitt und gleichzeitige Prostatektomie bei der heute so vervollkommneten Technik dieser Operation die Methode der Wahl sein.

Stern-München.

Zur Diagnose und Therapie der Blasensteine beim Kinde, von Georg Berg-Frankfurt a. M. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 20.) B. behauptet, dafs bei Kindern Blasensteine infolge der Scheu vor einer lokalen Untersuchung häufig nicht diagnostiziert werden. Als Beispiel gibt er die Krankengeschichte eines 12jährigen Mädchens wieder, das seit einem Jahre über Harndrang und Druck beim Urinieren klagte und trüben Urin entleerte, dabei aber andauernd wegen eines „inneren" Leidens mit internen Mitteln behandelt wurde. Die Untersuchung mit dem Katheter ergab, dafs dicht über dem Blaseneingang ein fast unbeweglicher Stein lag; aus dem seitlich zwischen Blasenwand und Stein hindurchgeprefsten Katheter entleerte sich eitriger, alkalischer, stark eiweifshaltiger Harn, der aufser anderen Formelementen auch einen granulierten Zylinder enthielt. Der Stein, der mittels Sectio alta entfernt wurde, füllte das Blaseninnere zum gröfsten Teile aus und war mit seiner oberen Hälfte in einen Divertikel der hinteren oberen Blasenwand eingekeilt; sein Kern bestand aus oxalsaurem Kalk, der Mantel aus phosphorsaurer Ammoniakmagnesia. Die Blasenwunde wurde nur zum Teil vernäht; ca. zehn Wochen nach der Operation war der Harn normal. — Über die Wahl der Operation bei blasensteinkranken Kindern und über die operative Technik äufsert B. sich in folgender Weise: Die Lithotripsie bei Kindern bietet sowohl für die Zertrümmerung wie für die Aspiration der Fragmente besondere Schwierigkeiten, die umgekehrt proportional dem Alter des Kindes und direkt proportional der Gröfse und Härte des Steines sind. Bei adhärentem Stein ist die Sectio alta das beste Verfahren; dabei ist aber die totale Blasennaht fast immer ein Risiko und kürzt den Heilungsverlauf nur in den seltensten Fällen ab. Der Dauerkatheter soll möglichst lange, jedenfalls bis zum Schlusse der Blasenwunde liegen bleiben. *Götz-München.*

Historisches zur Kenntnis der Entstehung von Harnsteinen, von Schepelmann-Halle a. S. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1911. Nr. 12.) Verfasser zitiert die Anschauung des Hippokrates über die Steinbildung. Diesem sind die Einzelheiten über die Steinbildung unklar, wie aus seinen etwas gesuchten Gleichnissen hervorgeht; dagegen hat er, seiner Zeit weit vorauseilend, das organische Gerüst der Konkremente richtig erkannt und als notwendiges Bindemittel beschrieben.

Arthur Schucht-Danzig.

Über Operationen wegen Blasenstein beim Manne (Lettsom-Vorträge), von W. F. Haslam-Birmingham. (*Lancet.* 18. und 25. Febr. und 11. März 1911.) Verfasser gibt einen geschichtlichen Überblick über die Entwicklung der Operation, wobei er zunächst auf die Andeutungen, welche in dem Hippokratischen Eide der Ärzte bei ihrer Ernennung enthalten sind, und auf die Äufserungen des Celsus hinweist. Hierauf folgten dann viele Jahrhunderte der Stagnation. Eine grofse Berühmtheit erlangten in Frankreich im 16. und 17. Jahrhundert die beiden Collots, Laurence und Jerome, doch waren ihre Resultate in Wirklichkeit wenig günstig, weil sie die Inzisionswunde durch stumpfes Dehnen zu erweitern trachteten und auf diese Weise vielfach unheilvolle Zerreifsungen an der Blase oder Harnröhre herbeiführten. Einen

wesentlichen Fortschritt bedeutet das Wirken von Frère Jaques, der die laterale Inzision ausführte, welche von Pierre Franco schon 150 Jahre früher beschrieben, aber offenbar seitdem gänzlich vergessen worden war. Nach einer großen Reihe von viel bewunderten Erfolgen, aber auch vielen Mißerfolgen starb Jaques im Jahre 1715. Sein großer Rivale war Johann Jakob Rau, dem von der Stadt Leyden offiziell das Amt als Steinschneider übertragen wurde. Er hielt aber seine Methoden streng geheim, und ein weiterer Fortschritt erfolgte erst, als Cheselden (1731) seine sehr akkurate Methode der seitlichen Perinealinzision publizierte. Allerdings brachte die Folgezeit wieder einen Rückschlag, da diese Operation allerdings gute anatomische Kenntnisse voraussetzt, und man konstruierte als Ersatz vielerlei Instrumente und Apparate, welche mehr oder weniger mechanisch tätig sein sollten. Der hohe Blasenschnitt war um diese Zeit zwar auch schon ausgeführt worden. Douglas publizierte (1723) einen Bericht über vier erfolgreiche Fälle, und auch Cheselden schrieb darüber. Der allererste Bericht stammt aber von Pierre Franco von Lausanne, der (1556) ein zweijähriges Kind so operierte, doch galt das Verfahren als zu gefährlich und daher verwerflich, bis durch die Arbeiten von Garson und von Petersen (1880) ein Umschwung bewirkt wurde. Hiermit ist aber die Liste der schneidenden Operationsmethoden noch durchaus nicht erschöpft, doch haben die vom Verfasser berichteten Verfahren weniger Bedeutung. Zurzeit wird, wie eine Rundfrage ergab, am meisten die Sectio alta geübt neben der Litholapaxie mit dem von Bigelow modifizierten Cloverschen Apparate. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Häufigkeit der Harnsteine in der Schweiz, von R. Hottinger-Zürich. (*Correspondenzbl. f. Schweizer Ärzte.* 1910. Nr. 34.) Bisher galt es als allgemein anerkannte Tatsache, daß die Harnsteine in der Schweiz außerordentlich selten sind. Dem widersprechen die persönlichen Erfahrungen H.s; er regte infolgedessen Nachforschungen an, welche sich über einen Zeitraum von zwölf Jahren und nur über die Nordostschweiz erstrecken; es wurden 149 Fälle von Harnsteinen bei Schweizern gefunden. Hiermit dürfte die Annahme der absoluten Seltenheit der Harnsteine in der Schweiz widerlegt sein. *Schourp-Danzig.*

Bemerkenswert großer Blasenstein, mit einem in der Harnröhre befindlichen Katheter zusammenhängend, erfolgreich durch den oberen Blasenschnitt entfernt. Einzigartiger Fall, von H. W. Austin-Stapleton. (*New York med. Journ.* 4. Juni 1910.) Dieser Fall, einen 19jährigen Mann betreffend, zeigt vor allem, daß auch ein sehr großer Stein — er wog 90 g und war 20 cm lang, 17 cm breit im kleinsten Durchmesser — durch oberen Blasenschnitt ohne Zerkleinerung entfernt werden kann. Eine lange Inzision in die Blase ist hierbei unnötig, da die Blasenwand sich beträchtlich dehnen kann; daher auch die Schwierigkeit, die Wunde zu schließen (trotz doppelter Naht), ohne daß wenigstens für einige Tage Harnträufeln dabei vorhanden wäre. Mit einer Abbildung des Blasensteines und Anhanges. *Stern-München.*

Über Steinoperationen an der Hand von 100 Fällen, von E. Remete-Budapest (*Urologia*, Beiblatt der *Budapesti Orvosi Ujság.* 1910. Nr. 3.) „An der Seite hervorragender Meister der Urologie“ — so sagt Verfasser — „praktizierte und assistierte ich, und so habe ich sozusagen alle Phasen der Operation, auch der Nachbehandlung, durchgelebt. Als ich später selbst Meister geworden bin und selbständig Operationen vorgenommen habe, verfügte ich schon über weitgehende Erfahrungen.“ Auf dem Gebiete der Lithothripsie verzeichnet Verfasser nur einen einzigen Todesfall (78 operierte Fälle, d. i. 1,2 %) Die Statistik der Lithotomie ist weniger günstig (24 operierte Fälle, 2 Todesfälle = 9 %). *Porosz-Budapest.*

Moderne Lithotripsie, von A. Hock. (*Prag. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 15.) Unter Zugrundelegung von 100 eigenen Blasenoperationen kommt Verfasser zu dem Schlufs, dafs die Lithopalaxie die Operation der Wahl bei Blasenstein ist. Das schonende Verfahren der Lithotripsie genügt um so häufiger, je frühzeitiger die Krankheit diagnostisch erkannt wird. *Arthur Schucht-Danzig.*

c. *Hoden und Samenbläschen.*

Über Aphrodisiaka, von R. Kafemann-Königsberg i. Pr. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 7.) In seiner Eigenschaft als Rhinologe hat K. sich eingehend mit der Frage der Impotenz beschäftigt, als durch die Hackschen Publikationen die Theorie von einem direkten Zusammenhang von Sexualsphäre und Geruchsorgan Geltung hatte. Während es ihm nicht möglich war, durch irgendeine lokale Behandlung einen nachweislichen Erfolg zu erzielen, hat er vielfach bei Anwendung von sog. Aphrodisiaka eine tatsächliche Wirkung gesehen. Allerdings wechsele die Wirksamkeit der vegetabilischen Präparate sehr stark je nach Standort der Pflanzen und anderen Faktoren. Der springende Punkt bei der Behandlung sei der, das Zentralnervensystem in die normale Verfassung zu bringen. Dies ist oftmals durch ganz kurze Anwendung gewisser Mittel möglich. Als ein nützliches Präparat empfiehlt K. Pillen resp. Rektalzäpfchen, welche nach seiner Angabe zusammengesetzt sind aus: Ambra, Mentholmethylester, Yohimbin, Muira Puama und Calc. glycerin. phosph., welche Mischung er mit dem Namen Puamambra belegt hat. Ausdrücklich betont K. aber, dafs es sich hierbei niemals um eine fortgesetzte Anwendung des Mittels handeln kann, sondern nur um eine kurzdauernde Stimulierung zur Herstellung namentlich des psychischen Gleichgewichts. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die sexuelle Abstinenz als Krankheitsursache, von Eisenstadt. (*Fortschr. d. Med.* 1910. Nr. 52.) Nach Verfassers Ansicht bleibt die Hauptsache, dafs die Schädigungen der zölibatären Abstinenz beseitigt werden, indem die Frühehe entsprechend der Physiologie menschlichen Geschlechtslebens als soziales Gesetz eingeführt wird. Die temporäre Abstinenz kann durch eine neue Sozialpsyche, insbesondere durch Alkoholabstinenz, körperliche Arbeit, Turnen, Sport, ästhetische und intellektuelle Kultur erträglich und unschädlich gemacht werden. *Haas-Hamburg.*

Zur Pathologie und Therapie der Impotenz beim Manne, von Alfons Hanč-Wien. (*Wien. klin. Rundsch.* 1910. Nr. 17 u. 18.) Kurze Krankheitsberichte von vier Fällen, in denen H. durch Anwendung der elektromagnetischen Vibrationsmassage erfolgreiche Besserung erzielte. *Schourp-Danzig.*

Die Therapie der nervösen Impotenz, von E. Kantorowicz-Berlin. (*Med. Klinik.* 1910. Nr. 26.) An verschiedenen Formen der Impotenz sind zu unterscheiden: Impotentia psychica (psychische Hemmung), Impotentia neurasthenica, Impotentia ex irritatione: a) marantica, b) blennorrhoica, und Impotentia paralytica (Tabes, Diabetes usw.).

Die lokale Therapie der nervösen Impotenz ist auf die Fälle der chronischen Blennorrhoe zu beschränken.

Die allgemeine Therapie ist eine psychische und verlangt ein tiefes Eindringen des Arztes in den Krankheitsfall. Hygienisch-diätetisch sind die Vorschriften dem Patienten recht genau zu geben; Rudersport wird besonders empfohlen. Von Medikamenten sind Tonica (Chinin und Arsen) indiziert. An Stelle des Yohimbins und des brasilianischen Potenzholzes Muira-puama benutzte Verfasser deren alkoholische Extrakte, welche angeblich die wirksamen Bestandteile enthalten. Das Präparat wird unter dem Namen „Libidol" hergestellt und in der Dosis 25—30 Tropfen verabreicht. *Arthur Schucht-Danzig.*

Die medikamentöse Behandlung der Impotentia coeundi, von Lustweck. (*Fortschr. d. Med.* 1910. Nr. 41.) Verfasser hält das Muiracithin für ein recht wirksames Unterstützungsmittel für die medikamentöse Behandlung der Impotentia coeundi.

Haas-Hamburg.

Die sekundären Geschlechtscharaktere und die interstitiellen Zellen des Testikels, von Loreto Mazzetti-Neapel. (*Anat. Anzgr.* 1911. Nr. 14 und 15.) Die Arbeit stellt einen Beitrag dar zur Klärung der Frage, welche Elemente des Hodens die Bildung der sekundären Geschlechtscharaktere (Geschlechtstrieb, Entwicklung des Genitaltraktus und der zugehörigen Drüsen, äufserliche Attribute der Virilität) bedingen. Teils wird die Resorption der Samenflüssigkeit, teils letztere und die interstitiellen Zellen zusammen, teils werden diese interstitiellen Zellen allein dafür verantwortlich gemacht. Aus den Untersuchungen des Verfassers geht hervor, dafs die interstitiellen Zellen dabei keine oder nur eine ganz untergeordnete Rolle spielen können. Aus den vielen Gründen, die der Verfasser zum Beweise anführt, möchte ich nur folgende erwähnen: 1. Die interstitiellen Zellen kommen nicht bei allen Tieren vor. 2. Alle mit histochemischen Methoden in den interstitiellen Zellen nachweisbaren Sekretionsprodukte (Lecithin und andere Fette, Kristalloïde) kommen ebenfalls in den germinativen und den Sertolischen Zellen vor. 3. Die interstitiellen Zellen sind am reichlichsten im fötalen Leben und im Greisenalter vorhanden. 4. Bei einem Manne mit Gigantismus, der die Charaktere eines Kastraten aufwies, zeigte sich im Hoden bei beinahe vollständigem Fehlen der Tubuli seminales eine sehr starke Ausbildung des Bindegewebes und der interstitiellen Zellen.

Hingegen findet sich beim funktionierenden Testikel neben dem formativen Prozefs eine kontinuierliche Zerstörung der Zellelemente der Tubuli und der Spermatozoen selber durch eine chromatolytische Degeneration (Zerfall des Kernchromatins). In der Resorption dieser Elemente sieht M. das Wesen der sog. inneren Sekretion des Hodens.

Die interstitiellen Zellen stammen einesteils von den fixen Bindegewebszellen ab und es lassen sich alle möglichen Übergänge zwischen beiden Formen nachweisen. Zum gröfsten Teil stammen sie wahrscheinlich von den Lymphspalten ab.

Gunsett-Strafsburg.

Das Lymphsystem der Hoden, von J. K. Jamieson und J. F. Dobson - Leeds. (*Lancet.* 19. Febr. 1910.) An zehn ausgetragenen Föten haben Verfasser die anatomische Verteilung des den Hoden zugehörigen Lymphdrüsenapparates nach Injektion mit Cyanblau studiert, wobei sie zu dem bemerkenswerten, wenn auch unerfreulichen Ergebnis gelangten, dafs es bei Infektion eines gröfseren Teiles der Drüsen, etwa von einer malignen Neubildung im Hoden herstammend, nicht möglich sein wird, das ganze Gebiet operativ zu entfernen. Sie fanden nämlich, dafs etliche der höher hinauf an der Lendengegend in der Umgebung der Aorta gelegenen Drüsen in direkter Verbindung mit dem Testikel stehen und nicht als sekundäre zu betrachten sind. Auf der rechten Seite würde es, glauben sie, möglich sein, durch ein Freilegen der Aorta und der Vena cava, die an und zwischen diesen beiden Gefäfsen liegenden Drüsen zu exstirpieren; auf der linken Seite kann man aber nicht erwarten, alle beteiligten Drüsen zu erreichen, da die höher oben liegenden zu eng zwischen den Nierengefäfsen und den unteren Mesenterialgefäfsen verlagert sind und teilweise sogar unter dem Duodenum eingebettet sind. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Wanderung des Hodens, von J. Brault. (*Gaz. d. hôp.* 1910. Nr. 42.) Br. wendet sich gegen die oft gehörte Ansicht, dafs ein aktiver, mechanischer Zug des Gubernaculum Hunteri am Descensus testiculi schuld ist. Der Descensus kommt vielmehr dadurch zustande, dafs durch ungleiche Entwicklung der ober- und unterhalb gelegenen Teile der Hoden schon an und für sich mehr nach unten kommt und

dann den allgemeinen intestinalen Descensus mitmacht. Die Elastizität und Nachgiebigkeit des Peritoneums erlaubt ihm zuletzt seinen Platz im Hodensack einzunehmen, wobei das Gubernaculum lediglich als Leitschnur wirkt. *Gunsett-Strafsburg.*

Über die Struktur des verlagerten Hodens, von Palazzo. (*Giornal. internat. delle Scienze med.* XXXII. Heft 7.) Verfasser hatte Gelegenheit, einige vom Chirurgen entfernte ektopische Hoden zu untersuchen und kommt zu dem Resultat, dafs dieselben fähig sind, Spèrmatozoen zu erzeugen. Er warnt deshalb vor überflüssiger Entfernung. *Haas-Hamburg.*

Über die Einwirkung von Röntgenstrahlen auf den Hoden, von M. Simmonds-Hamburg. (*Fortschr. f. Röntgen.* XVI, 4.) Nachprüfung der bekannten Versuche anderer Autoren an 14 Meerschweinchen und 16 Mäusen, die eine auffallende Verschiedenheit der Widerstandskraft, nicht allein beim einzelnen Tiere, sondern in einem und demselben Organe erweisen. Im grofsen und ganzen decken sich die Resultate mit bekanntem: Zwischen Einwirkung der Strahlung und nachweisbarer Veränderung mufs immer eine gewisse Zeit liegen; zerstört werden in erster Linie die Samenzellen, erkennbar am Sistieren der Spermatogenese, während die Sertolizellen, die Spermatozoen und das interstitielle Gewebe nebst Gefäfsen nicht geschädigt werden. Allerdings läfst sich oft eine Wucherung der Zwischenzellen nachweisen, die aber zugleich mit der nach einiger Zeit eintretenden Regeneration der Samenzellen wieder zurückgeht.

Weitere interessante Versuche, die teilweise Albers-Schoenberg selbst vorgenommen hat, haben ergeben, dafs kurze Intensivbestrahlungen bei Erreichung der gleichen Dosis genau dieselben Wirkungen haben, wie Bestrahlungen, die in der sonst üblichen Weise vorgenommen. — Sekundärstrahlen haben selbst bei monatelanger Exposition keinen Einflufs auf den Hoden. Diese letzteren Versuche wurden in der Weise vorgenommen, dafs drei Meerschweinchen während der Dauer eines halben Jahres im Belichtungsraume so untergebracht wurden, dafs sie sich über dem direkten Strahlungsbezirke befanden und nur von den sekundären Strahlen getroffen werden konnten. *W. Lehmann-Stettin.*

Ectopie und doppelseitiges Sarkom des Hodens, von Sabella. (*Il Policlinico.* Bd. XVII, Heft 9.) Kasuistik. *Haas-Hamburg.*

Über Fibrosis testis, von M. Simmonds-Hamburg. (*Virchows Arch. f. pathol. Anat. usw.* Bd. 201, Heft 1.) Der Verfasser zieht die Bezeichnung Fibrosis testis der bisher üblichen Benennung Orchitis fibrosa, welche eine entzündliche Entstehungsweise voraussetzt, vor. Die Fibrosis testis kann sowohl durch regressive Vorgänge an den Samenkanälchen wie durch progressive Prozesse im interstitiellen Gewebe veranlafst werden. Die progressiven Veränderungen führen sekundär ebenfalls zu einer fortschreitenden Verödung der Samenkanälchen. Die durch regressive Vorgänge entstandene Fibrosis ist meist eine zarte, die durch progressive Prozesse hervorgerufene meist eine derbe Fibrosis; sie kann in beiden Fällen diffus über das ganze Organ verbreitet sein oder sich auf wenige verschieden gestaltete Herde beschränken. Neben den makroskopisch sichtbaren Fibrosisherden, und auch unabhängig von ihnen, werden sehr häufig nur mikroskopisch erkennbare Herde verödeter Samenkanälchen angetroffen. In der Ätiologie der zarten Fibrosis spielen Zirkulations- und Ernährungsstörungen, Unwegsamkeit der Samenableitungswege, langdauernde Kompression, falsche Lagerung eine wichtige Rolle. Sie kommt daher vor bei Arteriosklerose, im Senium, nach blennorrhoischer Epididymitis und Deferentitis, bei chronischen Erkrankungen der Harnwege und Prostata mit Beteiligung der Samenwege, bei dickwandigen Hydrocelesäcken, bei Lepra und bei Syphilis. In der Ätiologie der derben Fibrosis kommen in Betracht: Entzündungen bei verlagerten Hoden und nach blennorrhoischen und anderen Erkrankungen der Samenableitungswege, metastatische Abscesse verschiedenen Ur-

sprungs, Lepra, vernarbende tuberkulöse Herde, in erster Linie aber die syphilitische Orchitis. Bei der auf Lues beruhenden Fibrosis lassen sich oft mikroskopisch Reste des entzündlichen Prozesses in Form kleiner Infiltrate in dem verbreiterten Zwischengewebe nachweisen. Die Veränderung der Samenkanälchen beginnt bei allen Fibrosen mit einer hyalinen Metamorphose und Verdickung der Wand sowie Verengerung der Kanälchen; gleichzeitig entsteht eine Umwandlung der Samenzellen in kleine atypische Zellen, endlich kommt es zu einer völligen Veränderung des Kanälchens, wobei das elastische Gewebe sich lange intakt erhält. Bei allen Formen der Fibrosis testis kann es zu Wucherung der Zwischenzellen kommen, am reichlichsten bei der Fibrosis testis retenti. — Eine derbe Fibrosis ohne Residuen entzündlicher Veränderungen am Nebenhoden ist mit grofser Wahrscheinlichkeit als Resultat syphilitischer Erkrankung anzusehen. Ebenfalls für Syphilis spricht eine Verbreiterung des interstitiellen Gewebes und Vorhandensein von Rundzelleninfiltraten. *Schourp-Danzig.*

Eine mit Tumorbildung vorhandene Dermoidcyste des Hodens, von F. J. F. Barrington-London. (*Lancet.* 13. Aug. 1910.) Ein 42jähriger Mann kam wegen Schmerzen und Anschwellung des Hodens, die seit drei bis vier Monaten bestanden hatten, zur Operation. Der affizierte Hoden war angeblich schon von frühester Kindheit an dicker als der andere gewesen. An dem ohne weitere Störung entfernten Organ fand man innerhalb der Tunica albuginea eine $4 \times 2^1/_2$ cm grofse Cyste, welche Haare und weifsen Talgdetritus enthielt. Die Wand der Cyste stand mit einem Tumor von alveolärer Struktur in Verbindung, welche, wie Verfasser darlegt, verschiedene diagnostische Deutungen zuliefs. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die klinische Diagnose der Hodenkrebse, von Maurice Chevassu - Paris. (*Presse méd.* 1910. Nr. 39.) Mitteilung mehrerer Fälle von Hodencarcinom bei jugendlichen Individuen, die leicht zu einer Fehldiagnose Anlafs geben konnten. *Gunsett-Strafsburg.*

Ein Fall von seltener Hodenverletzung, von H. Finsterer-Graz. (*Klin.-therap. Wochenschr.* 1910. Nr. 20.) Ein 36jähriger Arbeiter wurde von einem glatten, abgeschälten Baumstamm gegen die Schambuggegend getroffen; dadurch platzte nahe der Peniswurzel die Skrotalhaut und durch ihre türflügelförmige Öffnung trat Hoden und Nebenhoden nach Abreifsung der Tunica propria vaginalis testis aus wie ein Kirschkern. *Schourp-Danzig.*

Eine radikale Operation bei maligner Erkrankung des Hodens, von R. Howard - London. (*Lancet.* 1910. Nr. 12.) Nach den von Jamieson und Dobson über die Verteilung der zum Lymphgebiet des Hodens gehörigen Drüsen publizierten Untersuchungen zu urteilen, wäre die Durchführung einer Radikaloperation bei maligner Hodenerkrankung nicht durchführbar, da es nicht möglich wäre, sämtliche gefährdete Drüsen zu exstirpieren. Dies widerlegt H. durch den Bericht über eine erst neuerdings von ihm an einem zehnjährigen Knaben mit Hodensarkom der linken Seite ausgeführte Operation. Es wurden dabei sowohl die Aorta wie die Iliaca communis und externa, die Aorta mesenterica inferior und die Aorta renalis vollständig von dem sie umgebenden, Drüsen enthaltenden Gewebe befreit. Das Duodenum wurde auch von seiner Unterlage abgehoben, um zu den daruntergelegenen Drüsen zu gelangen Die Operation dauerte eine Stunde und wurde gut ertragen. Der Knabe wurde $3^1/_2$ Wochen nachher bei guter Gesundheit entlassen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ein Fall von Chondrocarcinom des Hodens, von W. Sheen, H. A. Scholberg und R. L. M. Wallis - Cardiff. (*Lancet.* 17. Sept. 1910.) Ein 30jähriger Mann kam wegen einer zuerst im Anschlufs an einen gegen das Skrotum geführten Schlag etwa 14 Tage zuvor bemerkten Anschwellung des Hodens in Behandlung. Wenige Tage darauf wurde die Kastration vorgenommen und lieferte einen 450 g schweren Tumor,

der nach dem eingehend beschriebenen mikroskopischen Befund als ein Chondrocarcinom sich auswies. Nach anfänglichem Wohlbefinden traten Metastasen in der Abdominalhöhle auf, und Patient starb ein halbes Jahr später. Die Urinuntersuchung hatte etwa drei Wochen nach der Operation eine Verminderung des Kreatiningehaltes und andererseits das Vorhandensein von Kreatin ergeben, was von anderen Autoren als ein Zeichen von dem Bestehen eines malignen Tumors angesprochen worden ist. Um diese Zeit war sonst bei diesem Patienten nichts davon zu entdecken.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Ein Fall von Chorio-Epitheliom des Hodens, von O. C. Gruner-Leeds. (*Lancet.* 19. März 1910.) Der Tumor bei dem 25jährigen Patienten hatte erst etwa fünf Monate vor der Aufnahme Beschwerden verursacht und hatte, anfänglich von weicher Konsistenz, erst seit einigen Wochen Verhärtungen dargeboten. Die Untersuchung der durch Kastration mit günstigem Verlauf exstirpierten Geschwulst ergab, wie der ausführlich mitgeteilte histologische Befund zeigt, Verhältnisse, welche teils als carcinomatös, teils als sarkomatös zu deuten waren. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ein Fall von akuter Orchitis bei Kryptorchismus im Anschlufs an Mumps und Komplikation mit akutem Delirium, von W. S. Mitchell-Grenada. (*Lancet.* 7. Jan. 1911.) Der ungewöhnliche Fall betraf einen 33jährigen Neger. Es erfolgte in wenigen Tagen vollständige Genesung. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über die traumatische Orchitis, von De Cortes. (*Il Morgagni.* 28. Sept. 1910, und *Gazz. med. ital.* 29. Aug. 1910.) Es handelt sich um die spontan nach einer heftigen Bewegung, besonders schwerem Heben, auftretende Orchitis ohne direktes Trauma, welche mit akutem Schmerz während der Anstrengung beginnt und unter starker Schwellung, ähnlich einer gewöhnlichen Hodenentzündung, aber ohne Fieber verläuft, um nach acht bis zehn Tagen abzuheilen. Pathologisch-anatomisch können Torsion der Gefäfse, Infarkt, Zerreifsung von Gewebe und Blutextravasierung als ätiologische Momente in Betracht kommen. *Gunsett-Strafsburg.*

Ulceröse Periorchitis, hervorgerufen durch das Bacterium coli commune, von Fronschtein. (*Wratschebnaja Gaseta.* 1910. S. 616.) Bei einem 80jährigen Prostatiker, welcher sich schon längere Zeit selbst katheterisierte, kam es zu einem Abscefs des rechten Hodens. Bakteriologisch fand sich bei der Eröffnung in dem Eiter das Bacterium coli commune in reichlicher Menge. *Arthur Jordan-Moskau.*

Bericht über einen Fall von Epididymitis erst der einen, dann der anderen Seite im Anschlufs an Parotitis epidemica der betreffenden Körperhälfte und Komplikation durch begleitende Attacken von schwerer nervöser Störung, von S. Phillips-London. (*Lancet.* 7. Jan. 1911.) Die ausführliche Überschrift genügt zur Angabe des Inhalts. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über einen Fall von primärem Lymphangioendotheliom der Epididymis, von Giuseppe Conforti-Florenz. (*Il Morgagni.* 10. Okt. 1910.) Der Tumor war bei einem jungen Mann von 23 Jahren aufgetreten und wurde operativ entfernt. Die mikroskopische Untersuchung ergab ein alveoläres und diffuses Lymphangioendotheliom.

Gunsett-Strafsburg.

Über das Einreifsen der Tunica vaginalis bei Hydrocele, von S. Hastings-London. (*Lancet.* 2. April 1910.) Die erste Mitteilung über eine Ruptur eines Hydrocelesackes stammt aus dem Jahre 1757. Bertrandi scheint der erste gewesen zu sein, der diesen Vorgang richtig erkannte. Seitdem ist die Erscheinung aber nicht allzu häufig untersucht worden. Verfasser hat drei Fälle im Krankenhaus gesehen. Bei allen war die Geringfügigkeit des veranlassenden Traumas auffällig; aus der Literatur ist zu entnehmen, dafs sogar ein ganz spontanes Platzen möglich ist. Es ist auch anzunehmen, dafs nicht ganz selten Fälle unerkannt bleiben. Stets dürften

dem Vorgange pathologische Veränderungen der Tunica vaginalis zugrunde liegen diese bestehen nach den bisherigen Erfahrungen hauptsächlich aus unregelmäfsigen fibrösen Verdickungen. Gewöhnlich ist nur die Serosa, gelegentlich aber auch die Fibrosa eingerissen. In einigen seltenen Fällen führte das Einreifsen zu einer definitiven Heilung der Hydrocele; für gewöhnlich füllt sich nach Verschlufs der Öffnung der Hydrocelensack langsam wieder an, oder auch es entsteht eine Hämatocele. Die zweckmäfsigste Behandlung ist die Radikaloperation der Hydrocele. Dieselbe wird am besten nach der Resorption wenigstens des gröfseren Teils der ausgetretenen Flüssigkeit vorgenommen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Varicocele, eine Analyse von 403 Fällen, von J. D. Barney. (*Publ. Massachusetts. gen. Hosp.* Bd. III. Nr. 2. Okt. 1910.) Das Studium dieser 403 Fälle, welche im Laufe einiger Jahre im Krankenhaus zu Boston von verschiedenen Chirurgen behandelt wurden, ergibt manche beachtenswerte Momente. Die Entstehung der Abnormität ist nicht auf mechanische Einwirkungen zurückzuführen, sondern mufs auf einen kongenitalen Defekt bezogen werden. Hierfür spricht das von B. festgestellte enorme Überwiegen des Lebensalters zwischen dem 20. und 25. Jahre bei der Aufnahme der Patienten. Es wurde sogar bei 8% der Fälle behauptet, dafs die Abnormität schon gleich nach der Geburt bemerkt worden sei. Die Veranlassung zur Vornahme der Operation war eine verschiedentliche: in 17 Fällen wurde behufs Eintritt in Militär- oder sonstigen Staatsdienst die Operation verlangt; in vielen Fällen (86) hatte das Leiden eine Beeinträchtigung der Psyche hervorgerufen, und in der Mehrzahl der Fälle wurde über mehr oder weniger Beschwerden geklagt. Die Resultate der Operation waren durchaus nicht gleichmäfsig gut, doch wird bei 80% der Patienten eine teils geringe, teils fast absolute Erleichterung konstatiert. Allerdings wurde bei 15% der weiter verfolgten Fälle ein Rezidiv nachgewiesen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Inguinale Resektion des gemeinsamen Stammes der Venae spermaticae und Resektion des Scrotum bei Varicocele, von L. Chevrier. (*Gaz. d. Hôp.* 1910. Nr. 43.) Eine rein chirurgisch-technische Abhandlung, deren Details im Originale nachzulesen sind. *Gunsett-Strafsburg.*

Die soliden Neubildungen des Samenstranges, von Carl Goldhan. (Inaug.-Dissert., Leipzig 1910.) Am Samenstange ist das Vorkommen von Neubildungen verschiedener Art beobachtet worden; gutartige Geschwülste: Lipome, Fibrome, Myome Neurome; bösartige: Sarkome, Carcinome, Mischbildungen. Die Lipome sind die häufigsten Geschwülste am Samenstrang. Sie treten hauptsächlich in zwei Formen auf: 1. den grofsen extrainguinalen Lipomen, die ihren Ursprung im Samenstrang aufserhalb des Leistenkanals nehmen, aber im Verlaufe des Wachstums auch in denselben dringen können; sie können grofsen Umfang erreichen; 2. den meist kleinen intrainguinalen Lipomen, die sich meist auf den Leistenkanal beschränken, sich seiner Form anpassen und zu Verwechslungen mit nicht reponierbaren Epiplocelen Anlafs geben. Die Lipome entwickeln sich im Samenstrang aus den dort vorhandenen Fetttr äubchen, sie können die Gebilde des Samenstranges und ebenso den aber stets gesund bleibenden Hoden fest umwachsen und dadurch die Kastration bedingen. Die Fibrome sind bedeutend seltener als die vorigen, entwickeln sich sehr langsam, aber auch bis zu aufserordentlichem Umfange, sie entstehen aus den bindegewebigen Bestandteilen des Samenstranges. Die Myome sind äufserst selten und nehmen ihren Ursprung von den muskulären Elementen des Vas deferens oder der Gefäfse. Die Neurome sind ebenfalls äufserst selten. Myxome kommen nur in Verbindung mit anderen Geschwülsten vor. Das primäre Vorkommen von Enchondromen ist zweifelhaft

Die Sarkome und die mit ihnen vorkommenden Mischgeschwülste sind ziemlich so häufig wie die Lipome. Sie entstehen aus den Bindegewebselementen aller Samenstranggebilde. Sie kommen als diffuse, unbedingt infauste Geschwülste vor oder als zirkumskripte, von einer Bindegewebskapsel allseitig umgebene Tumoren. Sie dringen niemals in die Haut ein. Die Sarkome zerstören mehr oder weniger vollständig die Elemente des Samenstrangs und umwachsen den allerdings meist gesund bleibenden Hoden. Ziemlich häufig ist bei ihnen das Auftreten von wahrem Knochen. Die Carcinome sind äufserst selten und fehlen über ihr Vorkommen noch sichere Angaben.

Die Diagnose der Samenstrangstumoren ist oft sehr schwierig, wenn nicht unmöglich, sie geben zu Verwechslungen mit Cysten, Hämatocelen (besonders Sarkome), Hernien Anlafs; unter sich unterscheiden sich die Fibrome meist durch ihre Härte von den Lipomen; von beiden die bösartigen Geschwülste durch ihr schnelleres Wachstum und häufigeres Auftreten in jüngerem Lebensalter.

Für die Behandlung kommt ausschliefslich das Messer in Betracht.

Fritz Loeb-München.

Enorme Cystenbildung des Vas deferens, von Emil Emmerich - München. (*Centralbl. f. Allgem. Pathol. u. Pathol.-Anatom.* Bd. 21, Nr. 15.) Bei einem 74 Jahre alten Manne fand sich am linken Vas deferens zwischen Ampulle und Ductus ejaculatorius ein etwa 6 cm langer, daumendicker, dickwandiger Schlauch, der sich nach oben in einen über faustgrofsen, cystischen, mit bräunlichem, dünnflüssigem Inhalt gefüllten Tumor fortsetzte. Dieser Tumor dürfte durch embryonale Mifsbildung entstanden sein. *Schourp-Danzig.*

Typhöse Spermatocystitis und Prostatitis und deren Beziehung zu chronischer typhöser Bazillurie, von J. W. Marchildon - St. Louis. (*Amer. Journ. med. scienc.* Juli 1910.) Verfasser beschreibt hier zwei beachtenswerte Fälle, welche im städtischen Krankenhaus in Friedrichshain-Berlin beobachtet wurden: Fall I. Ein 17-jähriger Bursche wurde mit der Diagnose Abdominaltyphus in komatösem Zustand aufgenommen. Tod infolge von Darmperforation. Die Autopsie ergab neben dem anderen die Diagnose bestätigenden Befund eine Cystitis mit kleiner Hämorrhagie, Entzündung des Vas deferens und Spermatocystitis. Aus dem eitrigen Inhalt der Samenbläschen wurden Typhusbazillen gezüchtet, und die histologische Untersuchung ergab Haufen von Bazillen im Drüsenlumen. Bei dem anderen Falle, einem 27jährigen Mann, trat der Tod etwa am 14ten Krankheitstage ein. Bei diesem ergab sich eine akute eitrige Prostatitis (nebst anderen typhösen Läsionen), und auch an diesem Organ wurde bakteriologisch und histologisch das Vorhandensein von Typhusbazillen einwandfrei nachgewiesen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Verschiedenes.

Bemerkungen zu einigen Fällen von „Trichotillomania“, von Carlo Vignolo-Lutati-Turin. (*Morgagni.* Febr. 1911.) Hallopeau bezeichnete bekanntlich im Jahre 1889 unter diesem Namen eine Krankheit, welche unter auf die behaarten Körperteile beschränkten Juckanfällen zu einem durch mechanische Insultation beim Kratzen hervorgerufenen Haarausfall führte. Vignolo-Lutati unterscheidet eine mehr trichophytoide und peladoïde Form von einer mehr disseminierten und teilt von beiden Arten mehrere Krankengeschichten mit. Aufser diesen durch Hyperästhesie bedingten

Formen erkennt er noch eine andere anästhetische an, wo der Haarausfall unbewußt durch einen nervösen „Tic“ hervorgerufen wird. Diese Art kommt nur bei hysterischen Individuen vor. *Gunsett-Straßburg.*

Kratzen mit dem Fingernagel mit nachfolgender Hautentzündung ist kein entschädigungspflichtiger Unfall im Sinne der Privatversicherung, von Paul Frank-Charlottenburg. (*Med. Klinik.* 1911. Nr. 3.) Die in der Überschrift enthaltene Entscheidung der Berufungsinstanz wird wegen des vorliegenden ärztlichen Interesses mit ausführlicher Begründung des Urteils wiedergegeben.

Arthur Schucht-Danzig.

Ein tödlicher Unfall infolge Tetanus traumaticus nach Eindringen eines Holzspanes unter den Nagel des rechten Mittelfingers, von Josef Eiselt-Gablonz a. N. (*Prag. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 8.) Von Interesse bei diesem Fall ist, daſs sich die Infektion mit Tetanusbazillen unter einer milde verlaufenden Fingereiterung verbarg und elf Tage nach der Verletzung zu einem foudroyanten, tödlichen Tetanus traumaticus geführt hat. *Arthur Schucht-Danzig.*

Über Haarverletzungen bei Nahschüssen mit rauchschwachem Pulver, von Lochte-Göttingen. (*Wien. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 50) Die Haartrümmer weisen ebenso wie ein Teil der Haare in unmittelbarer Umgebung der Einschuſsöffnungen in mehr oder minder groſser Zahl Verletzungen auf, welche durch unverbrannte oder unvollständig verbrannte Pulverbestandteile hervorgerufen werden. Wenn sich gleichzeitig an den Haaren Pulverschmauch nachweisen läſst, so sprechen die Haarverletzungen dafür, daſs der Schuſs aus groſser Nähe abgefeuert wurde.

Schourp-Danzig.

Entwurf einer Farbenskala zur Bestimmung physiologischer und pathologischer Pigmentierungen, von F. B. Solger-Rostock. (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 7.) Zur genaueren Rubrizierung der Intensität einer gegebenen Pigmentansammlung hat Verfasser eine zehnteilige Skala entworfen; die verschiedenen Grade rangieren von der Färbung der Conjunctiva eines blonden Europäers bis zu derjenigen der Brustwarze des Äthiopiers oder eines dunklen Europäernaevus. Zwischenstufen bilden die Hautfarbe am Vorderarm des Europäers, Penishaut, Vorderarm eines Apachen-Indianers, Brustwarze eines brünetten Deutschen usw. Die Tafeln sollen in Sepia ausgeführt werden und sind auf Wunsch direkt vom Verfasser zu erhalten. Einen ähnlichen Gedanken hat schon Schwalbe betätigt, doch haben sich dessen Glasapparate keinen allgemeinen Eingang verschafft. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Eine Vereinfachung des Röntgeninstrumentariums, von F. Dessauer-Aschaffenburg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1191. Nr. 7.) Für die Bedürfnisse der Privatpraxis, namentlich für Chirurgen und Internisten, hat der bekannte Physiker D. einen hier abgebildeten und erläuterten Apparat konstruiert, bei welchem durch Anwendung einer sorgfältig abgestimmten sog. Drosselspule die Regelung der Induktorleistung erzielt wird, und somit die sonstige sehr kostspielige Reguliervorrichtung mit Schalttafel in Wegfall kommt. Durch diese und einige andere technische Neuerungen läſst sich eine brauchbare Installation zum Preise von etwa 600 Mark herstellen. Die Veifawerke in Frankfurt a. M. haben die Lieferung des Apparates übernommen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 52. №. 11. 1. Juni 1911.

Aus Prof. UNNAS Dermatologicum, Hamburg.

Ein Fall von framboesiformer Syphilis.

Von

Dr. LOUIS MERIAN,
Assistent der Klinik und Poliklinik.

Mit zwei Abbildungen im Text.

Am 3. Januar 1911 stellte sich in der UNNAschen Poliklinik ein Patient vor, der schon auf den ersten Blick den Eindruck eines schwerkranken Mannes machte.

Patient klagt über starke Kopfschmerzen, welche besonders während der Nacht einsetzen und ihm den Schlaf rauben, und über Schwindel. Seit einem Monat hat Patient an Körpergewicht abgenommen, er ist, wie er sich ausdrückt, ganz von Knochen gefallen und so schwach geworden, daſs es ihm Mühe macht, auf den Füſsen zu stehen.

Im August 1901 wurde Patient beim Militär wegen Schanker und Bubo im Lazarett behandelt. Nach drei Wochen stellte sich dann ein Ausschlag auf dem Körper ein, weshalb Patient einer Schmierkur unterworfen wurde. 1902 traten Schmerzen im Halse auf. Der Patient lieſs sich in eine Klinik aufnehmen, machte die zweite Schmierkur durch und bekam innerlich Jodkali. Nach vier Wochen wurde er als geheilt aus der Anstalt entlassen und fühlte sich bis zum Herbst 1906 wohl. Im Oktober 1906 wurde er wegen entzündlicher Phimose operiert und es stellte sich bei der Operation heraus, daſs am Frenulum, wo 1901 der Primäraffekt gesessen hatte, es zur Ulceration gekommen war. Unter Pulververbänden heilte das Ulcus rasch aus.

Bis zum Juli 1910 zeigten sich keine weiteren Erscheinungen.

Die Stelle am Frenulum, wo 1901 der Primäraffekt gesessen hatte und welche im Oktober 1906 abermals aufgebrochen war, wurde schmerzhaft und verwandelte sich zum zweiten Male zu einem Ulcus. Auch auf der Mitte des Hinterhauptes hatte sich eine leicht erhabene Stelle von der Gröſse einer Linse, welche besonders beim Kämmen der Haare schmerzte, ganz allmählich entwickelt, doch schenkte Patient dieser Erscheinung keine weitere Aufmerksamkeit. Als in der rechten Fossa infraclavicularis es ebenfalls zur Bildung eines kleinen Knötchens kam und dieses anfing zu zerfallen, zu eitern und sich mit Krusten zu bedecken, behandelte sich Patient selbst mit einem Zugpflaster. Im September und Oktober 1910 mehrten sich diese Stellen, es kam zur Bildung ebensolcher schmerzhafter ulcerierender Knötchen auf der Streckseite des linken

Vorderarms dicht über dem Handgelenk und in der Ellenbeuge, ebenso auf der Streckseite des linken Oberschenkels im oberen Drittel wie auch an der Innenfläche des rechten Unterschenkels und in der linken Kniekehle.



Fig.1.



Fig. 2.

Status: Patient[1] ist ein kräftig gebauter Mann von 31 Jahren, der in der letzten Zeit sehr abgemagert ist und vor augenblicklicher Schwäche sich kaum auf den Beinen zu halten vermag. Er klagt über Kopfschmerzen und Schwindel. Auf dem Kopf über der Protuberantia occipitalis externa befindet sich eine etwa einmarkstückgroſse, 2—3 mm tiefe, mit scharfen Rändern steil abfallende, von dünnflüssigem Eiter bedeckte Ulceration. Die Umgebung des Geschwüres weist keine entzündlichen Erscheinungen auf. Beim Wegwischen des Eiters zeigt sich der Geschwürsgrund aus vielen stecknadelkopfgroſsen, warzenförmigen Erhabenheiten zusammengesetzt und die spiegelnde Oberfläche erinnert durch ihre warzige Beschaffenheit und rötliche Farbe an das Aussehen einer Himbeere. In der Fossa infraclavicularis, etwas nach der Achsel zu gelegen, befindet sich eine etwa fünfmarkstückgroſse, bräunlich verfärbte Kruste, welche ziemlich fest an ihrer Unterlage haftet. Die Begrenzungsfläche nach der gesunden Haut ist kaum merklich gerötet. Auf der Streckseite des linken Vorderarmes an der radialen Seite zeigt sich eine etwa dreimarkstückgroſse, einige Millimeter über das normale Hautniveau ragende, scheibenförmige, wie mit kleinen Wärzchen übersäte, rötliche Effloreszenz. In der rechten Ellenbeuge findet sich eine etwa zehnpfennigstückgroſse Läsion von ebensolcher

[1] Vergl. Figur 1.

Beschaffenheit und Aussehen wie die Stelle über dem rechten Handgelenk. Eine besonders grofse, in ihrem Aussehen ganz an einen Knoten der tropischen Framboesie erinnernde Effloreszenz sieht man am oberen Drittel des linken Oberschenkels an der lateralen Seite.[2] In der linken Kniekehle befindet sich eine ebensolche mit dem einzigen Unterschied, dafs sie von geringerer Ausdehnung und dunkelroter Farbe ist. An der medialen Seite des linken Unterschenkels, etwa in der Mitte zwischen dem Knie- und Fufsgelenk, bemerkt man eine rupiaähnliche, 2 cm im Durchmesser messende, bräunlich verfärbte Kruste, welche fest auf der Unterlage haftet. Das Frenulum ist eingerissen und weist ein etwa erbsengrofses Ulcus auf, das sich beim Berühren knorpelhart anfühlt. Sämtliche Lymphdrüsen des Körpers sind vergröfsert, hart und indolent mit Ausnahme der Leistendrüsen, die beim Berühren schmerzen. Es bestehen keine Schleimhautveränderungen. Die Pupillen sind mittelweit und reagieren prompt auf Licht. Die Reflexe sind vorhanden und die Sensibilität ist nicht gestört. Herz und Lunge ohne pathologischen Befund. Puls 80 Schläge in der Minute. Urin frei von Zucker und Albumen. Diagnose: Syphilis framboesiformis. Patient bekommt 0,4 Salvarsan intravenös. 11 Uhr vormittags Puls 60, Temperatur 37,0. Patient legt sich unmittelbar nach der Injektion zu Bett und bekommt 4 Uhr nachmittags einen starken Schüttelfrost. Die Temperatur steigt auf 39,2, Puls 68. Allgemeinbefinden gut, Patient klagt über grofse Hitze, starker Schweifsausbruch und ziehende, stechende Schmerzen in allen ulcerösen Stellen des Körpers. 8 Uhr abends Temperatur 39,9, Puls 120 und starker Schüttelfrost. Die ulcerösen Stellen zeigen deutliche Schwellung und vermehrte Sekretion und sind beim Berühren schmerzhaft. 11 Uhr abends Temperatur 37,5, Puls 70. Allgemeinbefinden besser. Die ulcerösen Stellen zeigen vermehrte Sekretion und sind intensiv rot gefärbt. Urin weder Zucker noch Eiweifs. Patient verbringt eine ruhige Nacht und fühlt sich beim Erwachen subjektiv sehr wohl. Alle Effloreszenzen zeigen deutliche Schwellung und sind von einem roten Hof umgeben, ziehende und stechende Schmerzen und starke eitrige Sekretion. Allgemeinbefinden gut, Puls und Temperatur normal. Die Kopfschmerzen haben nachgelassen. Patient ist frei von Schwindel. Acht Tage nach der Injektion sind alle ulcerierten Stellen abgeflacht, unter das umgebende Hautniveau gesunken und zeigen eine von den Rändern sich nach der Mitte der Ulceration hineinschiebende Überhornung. Die vor der Salvarsan-Injektion exzidierte Effloreszenz über dem linken Handgelenk ist in ihrer ganzen Ausdehnung mit Hornschicht überzogen. Zehn Tage nach der Injektion fühlt Patient sich so stark, dafs er seine Arbeit als Holzarbeiter wieder aufnimmt. Der rezidivierende Schanker ist kaum mehr

[2] Vergl. Figur 2.

als solcher zu erkennen. Die übrigen Stellen werden mit Karbolquecksilberpflaster bedeckt und die noch vergröfsterten Leistendrüsen mit Jodtinktur eingepinselt. Zweimal wöchentlich wurden noch Sublimatinjektionen gemacht. Unter dieser Behandlung bildeten sich im Laufe von vier Wochen alle Erscheinungen vollkommen zurück, so dafs Patient als geheilt entlassen werden konnte.

Histologischer Befund: Die exzidierten Hautstücke wurden in Alkohol gehärtet, in Celloidin eingebettet, auf 10 Mikra geschnitten und sowohl mit polychromem Methylenblau-Unna als auch nach Pappenheim-Unna gefärbt. Einige Stücke wurden in Formalin fixiert und nach der Methode von Levaditi auf Spirochäten untersucht.

Die ausgeschnittene Effloreszenz zeigt klinisch eine verdickte, von Epithel bedeckte Randpartie, welche steil zu einer zentralen Geschwürsfläche abfällt. Diese ist jedoch nicht gleichmäfsig konzentrisch ausgebildet, sondern an einer Seite durch eine wulstartige Wucherung, welche die Randpartie noch etwas an Höhe pilzartig überragt, eingeengt. Schnitte, welche quer durch das Geschwür und diesen Wulst gelegt sind, zeigen demgemäfs an beiden Seiten ein verschiedenes Bild. An der einen Seite gewucherte Epithelleisten, welche nach der Mitte zu plötzlich an einer Stelle fehlen, oder durch nekrotische Massen begrenzt sind. Hier beginnt das Geschwür. An der anderen Seite findet sich dieselbe hypertrophische Oberhaut, welche nach der Mitte des Geschwürs noch an Dicke zunimmt und gerade dort, wo klinisch der Wulst sich befindet, die gröfste Mächtigkeit erreicht. Über diesem Wulst ist auch die Hornschicht am dicksten und erstreckt sich verschieden tief in die gewucherte Oberhaut hinein, welche dadurch zerklüftet wird. Diese Abstufungen repräsentieren das, was man an dem Wulst framboesieform nennen kann; sie entsprechen an Anzahl und Gröfse durchaus nicht den Papillen, welche in die verdickte Oberhaut von unten her hineinragen.

Die Papillen sind an der Randpartie von normaler Kleinheit, nehmen unterhalb des verdickten Epithelrandes bedeutend an Länge zu und schwellen unterhalb des Wulstes auch noch mehr in die Breite an, entsprechend der Form der gewucherten Epithelleisten, welche am Rande hauptsächlich dick und breit sind, an Stelle des Wulstes dagegen mit schmalen Enden in die stark infiltrierte Cutis hineinragen. Sowohl über dem Rande wie über dem Wulste besteht die stark verdickte Stachelschicht lediglich aus normalen, vergröfserten Stachelzellen, ohne irgendwelche sekundäre Degeneration. Es fehlen Bläschen, Nekrosen und Leukocyteneinwanderungen. Nur in unmittelbarer Nähe des zentralen Geschwüres sind im Epithel einige Leukocyten, die aus den Spitzen der Papillargefäfse auswandern, zu entdecken.

Die starke zellige Infiltration der Cutis erstreckt sich von der Randpartie geichmäſsig unter dem Geschwür und dem Wulste hin, überall von der Peripherie nach der Mitte an Stärke zunehmend. Während in der Mitte die Infiltration mit Zellen so dicht ist, daſs keine besondere Anordnung ersichtlich ist, löst sie sich nach der Peripherie in einzelne zellige Herde auf, die deutlich eine Anordnung nach Gefäſsen erkennen lassen, welche deutlich die für Syphilis charakteristische Verdickung der Media und Adventitia zeigen. Im Innern von diesen rundlichen und länglichen Herden findet man erweiterte Blutgefäſse, an denen, auch wenn sie nicht leer sind, keine Leukocytenemigration zu erkennen ist. Auch die Umgebung der im übrigen normalen Knäueldrüsen zeigt eine bedeutende zellige Infiltration. Die gesamte Infiltration der Cutis reicht bis an den von Epithelresten hier und da bedeckten Geschwürsgrund heran und unterliegt hier einer flächenhaften Nekrose, in welcher zuerst die Zellen, dann auch die Kernreste zugrunde gehen.

Die charakteristische Zellform in dieser Infiltration ist die groſse kubische Plasmazelle, welche besonders schön an den kleinen Herden der Peripherie und der nächsten Umgebung der Gefäſse und Knäueldrüsen ausgebildet ist. Nur an beschränkten Orten, in Form von Streifen oder konzentrischen Reihen finden wir diese Plasmazellen für sich. An den meisten Orten, besonders im Zentrum unterhalb des Geschwürs, sind die groſsen Plasmazellen mit kleinen untermischt, welche nicht den Charakter von Leukocyten, sondern von kleinen Plasmazellen tragen, indem an vielen noch, bei der Färbung nach Pappenheim-Unna, rote Reste ihres Protoplasmaleibes haften. Diese kleinen Plasmazellen überwiegen an Masse die groſsen und sind an den meisten Stellen mit den letzteren in buntester Anordnung gemischt. An einzelnen Orten finden sich in dieses Plasmom einzelne vielkernige Plasmazellen und groſse Riesenzellen eingesprengt.

Nach dem Geschwür zu nimmt die im ganzen bei der genannten Färbung rote Farbe an Intensität ab und macht einer grünlichen Kernfarbe Platz.

Das nach Levaditi fixierte und imprägnierte Stück des Geschwüres wurde in Schnitte zerlegt und dann einer Aufhellungsmethode unterworfen, die mir von Herrn Prof. Unna angeraten wurde. Die fertigen Schnitte kommen auf eine halbe Minute in eine 1‰ige wässerige Lösung von Kalium hypermanganicum und sodann auf sehr kurze Zeit in die käufliche Sol. calci bisulfurosi. Hier hellen sich die Schnitte momentan wieder auf und werden noch bei weitem heller, wie sie vor der Prozedur von vornherein gewesen waren. Bei dicken Schnitten kann man die Aufhellung zwei- bis dreimal wiederholen. Diese Aufhellung betrifft vorzugsweise und bei richtiger Ausführung ganz allein die Braunfärbung des Kollagens, während die schwarzgefärbten Spirochäten diesen Oxydations- und Reduktionsprozeſs

wohlbehalten überstehen. Die Folge ist, daſs auch vereinzelte Spirochäten an den so entfärbten Schnitten deutlich hervortreten.

Diese Modifikation der LEVADITIschen Färbung ist also immer dann ganz allgemein anzuraten, wenn es sich um den Nachweis von spärlichen Spirochäten im Gewebe handelt, und so war sie es auch in diesem Falle, da ohne vorhergehende Aufhellung an den Schnitten keine Spirochäten zu entdecken waren. Die wenigen Spirochäten entzogen sich aber der Wahrnehmung durch ihre Verdeckung mit braungefärbten Kollagenfasern.

An gut aufgehellten Schnitten lagen die Spirochäten fast alle in dem mittleren Teile unterhalb des Geschwürgrundes, und zwar hauptsächlich in unmittelbarer Umgebung einiger das Zentrum der Geschwulst bezeichnenden Blutgefäſse. Hier fanden sie sich teils einzeln, teils in Gruppen von vier bis zehn Individuen unregelmäſsig zerstreut. Von einer genaueren Beschreibung kann abgesehen werden, da sie von dem sonstigen Aussehen in syphilitischen Geweben nichts Abweichendes bot. Bemerkenswert erscheint nur der Umstand, daſs in den Epithelleisten und -Zapfen, welche an Stelle des Wulstes mitten in den Geschwürsboden hinein sich senken, keine Spirochäten zwischen den Epithelzellen aufzufinden sind. Wie die neueren Untersuchungen über Framboesie-Spirochäten ergeben haben, wandert bei dieser exotischen Krankheit die Spirochaete pertenuis gerade mit Vorliebe in das gewucherte Epithel hinein und es lag die Annahme nahe, daſs bei dieser framboesieähnlichen Form der Syphilis ähnliche Verhältnisse sich ergeben würden. Dieses war aber nicht der Fall, die Spirochäten hielten sich wie gewöhnlich bei der Syphilis an die Gefäſsnachbarschaft und an die Cutis. Sollte dieses Verhalten der Spirochaete pallida auch bei framboetischer Syphilis sich in weiteren Fällen bestätigen lassen, so wäre ein neues Kriterium gewonnen, um auch in den Tropen framboesieähnliche Syphilide von echter Framboesie zu unterscheiden.

Wenn wir in der Literatur nach Fällen mit ähnlichen Erscheinungen, wie sie unser Patient bot, Umschau halten, so finden wir nur ganz vereinzelte, welche unseren Beobachtungen entsprechen. Der Name framboesiforme Syphilis ist dieser Krankheit deshalb beigelegt worden, weil diese Form von Lues in vielen Beziehungen eine auffallende Ähnlichkeit mit der eigentlichen tropischen Framboesie hat. Diese auffallende Ähnlichkeit hat zur Verwechslung Anlaſs gegeben und deshalb wurde besonders von HUTCHINSON die Framboesia tropica und die framboesiforme Lues für ein und dieselbe Krankheit gehalten. Wir wissen jetzt allerdings, daſs wir es mit zwei ganz verschiedenen Affektionen zu tun haben.

Durch die Auffindung des Erregers der Framboesia tropica durch CASTELLANI (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1906) und durch die Tierversuche, welche NEISSER, BAERMANN und besonders HALBERSTAEDTER gelegentlich

der Expedition zur Erforschung der Syphilis in Java angestellt haben, geht sicher hervor, daſs Lues und Framboesia tropica zwei durch verschiedene Erreger hervorgerufene Krankheiten sind.

Die groſse Ähnlichkeit der beiden Erkrankungen Framboesie und Lues und ihre Übereinstimmung in sehr vielen Punkten hat sich auch bei den experimentellen Versuchen an Affen gezeigt, jedoch haben sich auch hier Differenzen herausgestellt, welche sich, abgesehen von den morphologischen Unterschieden zwischen der Spirochaete pallida und der Framboesiespirochäte, auf folgende Punkte beziehen:

1. Das Aussehen der Primärläsionen bei Framboesie und bei Lues ist verschieden.
2. Lokale Rezidive sind bei niederen Affen nach Framboesieimpfung häufiger als nach Luesimpfung.
3. Die Tiere lassen sich nach Auftreten der Framboesieprimäreffloreszenz noch mit Lues infizieren und umgekehrt. (Weitere Untersuchungen über Framboesia tropica an Affen. *Arbeiten aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamte*, Bd. 26, Heft 1, 1907, von Dr. Ludwig Halberstaedter.)

Kehren wir zu unserem eigenen Fall zurück und vergleichen wir unsere Beobachtungen mit denen der anderen Autoren, so fällt in Anbetracht der unendlich groſsen Literatur über Lues auf, daſs nur sehr spärliche Andeutungen bei den Autoren zu finden sind.

Von ausführlichen Krankengeschichten existiert nämlich nur eine von Petrini de Galatz[3].

Dieser Autor stellte am vierten deutschen dermatologischen Kongreſs einen Fall von generalisiertem framboesiformen Hautsyphilid vor, der in mancher Beziehung mit unserer Beobachtung übereinstimmt. Der Fall von P. betraf ein 22 Jahre altes Mädchen, welches mit Ausnahme von Sumpffieber, welches es in seiner Kindheit durchgemacht hatte, niemals mehr ernstlich erkrankt war. Seit sechs Wochen war die sonst regelmäſsige Periode ausgeblieben und wurde Schwangerschaft festgestellt. Seit drei Monaten ist Patientin luetisch infiziert und seit 14 Tagen bemerkt Patientin an den äuſseren Genitalien einige kleine Knoten. Nach abermals 14 Tagen stellte sich Fieber ein und traten ebenfalls auf dem Rücken einige Knoten auf. Nach und nach entwickelten sich ebensolche im Gesicht, auf der Brust und dem Bauch. Aus dem Status geht hervor, daſs es sich um eine kräftig gebaute Patientin handelt, welche schon seit fünf Wochen an hartnäckigen Kopfschmerzen leidet. Im Gesicht befinden sich hypertrophierte, etwa 3 mm über das Hautniveau erhabene, erodierte Papeln von der Gröſse eines 50-Cts.-Stückes, welche von feinen Epidermisschuppen überdeckt sind und bei deren Anblick man lebhaft an eine Erdbeere erinnert wird. Auf dem Hals finden sich ebensolche papilläre Wucherungen von der Gröſse eines Zweifrankstückes, ebenso auf der Brust. Ganz besonders fällt eine solche Papel durch ihre Gröſse und durch ihre

[3] Petrini (de Galatz), Note sur une observation des syphilides framboésiformes, végétantes cutanées (Papillomes syphilitiques). Verhandlungen der deutschen dermatologischen Gesellschaft, 4. Kongreſs, 1894.

nässende Oberfläche auf der linken Brustseite auf. Das Abdomen ist ebenfalls stark befallen, doch bieten die Effloreszenzen keinen Unterschied zu den obenerwähnten. Ober- und Unterschenkel sowie auch die Arme weisen sowohl auf der Beuge- als auch auf der Streckseite verschieden grofse Effloreszenzen auf. Die Hände und Finger zeigen keine pathologischen Veränderungen. Der Rücken und die Gegend über dem Kreuzbein weisen verschieden grofse, teils in Progression, teils in Regression befindliche Ulcerationen auf. Die regressiven Veränderungen machen sich dadurch geltend, dafs die sonst einige Millimeter über das Hautniveau ragenden papillären Tumoren unter die Haut herabsinken, und dafs die kirschrote Farbe einer helleren Verfärbung Platz gemacht hat. Zwischen diesen kirschroten Flecken am Orte abgeheilter Effloreszenzen trifft man Läsionen. Die rechte kleine Schamlippe ist ödematös geschwollen und fühlt sich derb infiltriert an. Petrini spricht sie als Sitz des Primäraffektes an. Die Lymphdrüsen in den Inguinalfalten sind geschwollen und lassen die typische Anordnung der Paternosterschnur erkennen, die übrigen Lymphdrüsen des Körpers sind ebenfalls merklich vergröfsert.

Die Patientin wurde mit Quecksilberinjektionen behandelt und die ulcerösen Stellen wurden mit Kalomel bepudert. Unter dieser Behandlung gingen alle Erscheinungen rasch zurück, so dafs Patientin nach zwei Monaten als geheilt aus der Behandlung entlassen werden konnte.

Petrini wendet sich auch der Frage zu, ob vielleicht die Schwangerschaft eine Rolle dabei spielen kann. Dafs papulöse Syphilide oder kondylomatöse Wucherungen an den Genitalien zur Zeit der Schwangerschaft zu wuchern anfangen, ist eine bekannte Tatsache, doch waren in dem Petrinischen Falle die Effloreszenzen an den Genitalien weniger framboetisch als die am Rumpf und den Extremitäten. Er ist somit nicht geneigt, die Schwangerschaft als das ursächliche Moment bei der Bildung dieser framboesiformen Effloreszenzen anzusehen. Ich mufs mich in dieser Beziehung ganz auf den Standpunkt von Petrini stellen, um so mehr, als in meinem Falle, der einen Mann betraf, dieses Moment von selbst wegfällt. Übrigens gibt auch mein Fall keine Handhabe, um in die bis jetzt noch gänzlich dunkle Ätiologie der framboesiformen Syphilis einzudringen.

Ergebnisse.

1. Das framboesiforme Syphilid ist eine sehr selten vorkommende und noch viel seltener beschriebene Syphilisform. Aufser dem hier mitgeteilten Falle existiert eigentlich nur noch der von Petrini de Galatz.
2. In meinem Falle konnte der Nachweis der Spirochäte in typischer Lagerung innerhalb der Cutis gesichert werden.
3. In meinem Falle hat Salvarsan einen raschen, günstigen Erfolg erzielt.

Versammlungen.

Russische syphilidologische und dermatologische Gesellschaft Tarnowsky zu St. Petersburg.

(Originalbericht von Dr. Leo Ehrlich-St. Petersburg.)

Sitzung vom 27. November (10. Dezember) 1910.

1. Terebinsky zeigt eine Kranke mit **Erythema Bazin** und gleichzeitigem papulo-nekrotischen Tuberkulid der Vorderarme und Ellenbogen.

2. Morosoff stellt zwei Kranke vor: a) einen jungen Kranken mit einem **Syphilisrezidiv** nach Einspritzung von Salvarsan; es handelt sich um einen Patienten, der in Prof. Pawloffs Klinik mit vegetierenden syphilitischen Papeln an den Genitalien und der Inguinalgegend, am Skrotum und Penis, sowie einem Erythema der unteren Extremitäten aufgenommen wurde. Der Kranke erhielt am 27. August 1910 subcutan nach Wechselmann 0,4 und intramuskulär nach Blaschko 0,2; fünf bis sechs Tage nach der Einspritzung konnte man schon die Abheilung der kleinen Ekzeme der unteren Extremitäten beobachten, nach etwa $1^1/_2$ Wochen heilten die vegetierenden Papeln und nach einem Monat die großen Ekzeme an den unteren Extremitäten. Jetzt nun, schon drei Monate nach der Einspritzung, haben sich wieder vegetierende Papeln an den Genitalien und Ulcerationen an den unteren Extremitäten gebildet; an der Injektionsstelle sind noch die Reste der Infiltrate sichtbar. Die Wassermannsche Reaktion zeigte + + bei der Aufnahme in die Klinik, zwei Wochen nach der Einspritzung wiederum + + und jetzt, drei Monate nach der Einspritzung, + + +. b) einen Kranken, der in die Klinik mit einem **papulösen Syphilid und gleichzeitiger Psoriasis** eingetreten ist. Der Patient bekam eine Einspritzung von 0,6 nach Wechselmann; kurz nach der Einspritzung fing die Absorption der Papeln an, dagegen trat eine Generalisation der psoriatischen Effloreszenzen ein, welche schließlich einer antipsoriatischen Behandlung wichen. Der Vortragende betont gelegentlich die Eigentümlichkeit der Involution der Papeln, die circumskripte narbige Hautatrophien zurückließen.

Diskussion: Terebinsky bemerkt betreffs des zweiten von Morosoff vorgestellten Falles, daß das Entstehen von atrophischen Narben an Stelle der syphilitischen Papeln als Beweis dienen könne, daß auch die Produkte der kondylomatösen Syphilis eine Narbe zurücklassen können.

Die Bemerkung Terebinskys rief eine lebhafte Diskussion hervor, in welcher Dedijurin, Tschagin, Pawloff, Obraszoff, Iwanoff und Ehrlich Teil nahmen. In dem Resumee der Diskussion äußerte sich Pawloff, daß die vorhandenen Veränderungen an der Stelle der involvierten Papeln als atrophische Erscheinungen zu betrachten seien; diese ungewöhnliche Folge der Absorption der syphilitischen Papeln ist auf die Eigenartigkeit der Haut des Patienten zurückzuführen, möglicherweise spielt hier die vorhandene Psoriasis eine gewisse Rolle mit.

3. Manassein zeigt einen Kranken mit einem **intensiv ausgesprochenen, sehr ausgedehnten rezenten Hautsyphilid**; der Patient, der einen Primäraffekt hatte, suchte den Vortragenden am 15. Oktober 1910 zum ersten Male auf; er bekam eine Hg-Injektion, ließ sich aber darauf nicht mehr sehen und wendete sich inzwischen an einen Kurpfuscher. Derselbe ließ ihn vor allem während einer Woche ordentlich saufen, um die Krankheit „herauszutreiben", darauf erhielt der Patient von dem Kur-

pfuscher vier Flaschen seines „indianischen Balsams" (à 25 Rubel!). Als Folge dieser Behandlung brach bei dem Kranken ein aufserordentlich stark papulöses Exanthem aus, worauf der Patient sich wieder an M. wendete.

Der Fall erregte eine lebhafte Diskussion, während welcher es festgestellt wurde, dafs derartige Erscheinungen sich öfters wiederholen, besonders in der Provinz, und trotzdem ist der Kampf mit den Kurpfuschern kein leichter, da nach den russischen Gesetzen die Strafe für Kurpfuscherei nur gering, dagegen der Vorteil sehr grofs ist.

4. Solowieff berichtet kurz über seine **100 Fälle von Syphilis**, die er **mit Salvarsan behandelt** hat. Es handelt sich um 81 Männer, 16 Frauen und 3 Kinder denen Salvarsan subcutan (nach Wechselmann), intramuskulär (nach Blaschko) und intravenös einverleibt worden ist.

Sich auf seine Erfahrungen stützend, kommt Solowieff zu folgendem Schlufs: 1. Das Salvarsan stellt ein mächtiges Heilmittel dar, welches kein ähnliches in der Medizin habe. 2. Wenn das Mittel im Anfangsstadium der Krankheit appliziert wird, dann ist die Terapia sterilisans magna nicht ausgeschlossen, wobei man in den einzelnen Fällen ev. zu wiederholten Injektionen greifen müsse. 3. Wo nur möglich, ist die intravenöse Injektion vorzuziehen, da dieselbe durchaus schmerzlos sei, nicht lange dauere und die Kranken in der Klinik sich nicht allzulange aufzuhalten brauchen. 4. Was nun die Wirkung des Salvarsans auf die Wassermannsche Reaktion anbetrifft, so kann der Vortragende sich darüber endgültig nicht aussprechen, da er bemerkt hat, dafs kein direkter Zusammenhang zwischen der Wassermannschen Reaktion und dem Schwinden der Spirochäten existiere. Demnach ist S. der Ansicht, dafs die Wassermannsche Reaktion augenscheinlich durch uns noch immer unbekannte Veränderungen des Blutes und der Gewebe beeinflufst wird. 5. Es wurden Rezidive nicht nur nach den subcutanen und intramuskulären Injektionen, sondern auch nach den intravenösen Injektionen beobachtet. 6. Der Zustand der Tabetiker wurde nur im Anfangsstadium der Krankheit gebessert, ganz speziell aber da, wo sich die Wassermannsche Reaktion positiv erwiesen hatte.

Im Anschlufs an den Vortrag von Solowieff berichtet Gorbunoff (a. G.) über zwei Fälle von **Atrophia nervi optici** (tabetischen Ursprungs?), wo sich eine ausgesprochene **Besserung nach Salvarsaneinspritzung** erwies.

In der Diskussion, an welcher Iwanoff, Maslakowetz, Friedmann, Manassein und Pawloff sich beteiligten, wurden einige technische Einzelheiten der Injektion besprochen, auch wurde die Möglichkeit einer Besserung bei schon vorhandener Atrophie des Sehnervs durch Behandlung mit dem Salvarsan einer scharfen Kritik unterworfen.

Sitzung vom 29. Januar (11. Februar) 1911.

1. Mamonoff zeigt einen Fall von **Mykosis fungoides** vor. Das klinische Bild erinnerte im Anfangsstadium an einen Fall von Lepra tuberosa. Da bei der mikroskopischen Untersuchung keine Leprabazillen vorhanden waren und sich andererseits typische flache Infiltrate allmählich gebildet hatten, war die Diagnose zweifellos.

Diskussion: Terebinsky bemerkt, dafs das Fehlen der Leprabazillen bei den üblichen Färbemethoden durchaus nicht immer gegen die Diagnose Lepra spreche. Zur Bestätigung seiner Bemerkung weist Terebinsky auf die Arbeiten von Lewandowsky und Arning hin. Die genannten Autoren äufsern sich nämlich in dem Sinne, dafs, während man bei der Untersuchung der leprösen Produkte mit gewöhnlichen Färbemethoden keine oder nur sehr spärliche Leprabazillen findet, man sie in demselben Material bei der Färbung nach Mucha leicht und in grofsen Massen finde.

MAMONOFF gibt zu, dafs es seinerseits ein Fehler gewesen sei, die MUCHAsche Färbemethode nicht benutzt zu haben; er wird es nicht unterlassen, die erwähnte Methode zu benutzen, da der Patient sich noch immer in der Klinik befinde.

IWANOFF äufsert sich betreffs TERBINSKYS Bemerkung dahin, dafs die erwähnte MUCHAsche Methode von LEWANDOWSKY und ARNING nur für Fälle von Lepra maculo-anaesthetica vorgeschlagen worden ist, wo, wie bekannt, die Leprabazillen nicht so leicht nachzuweisen seien; dagegen sei bei Lepra tuberosa die übliche Färbung nach ZIEHL-NEELSEN für die mikroskopische Diagnose genügend, wenn auch in dem von MAMONOFF vorgestellten Falle den Leprabasillen ähnliche Körnchen nach MUCHA gefunden sein sollten, so entspricht dennoch das klinische Bild des Falles durchaus der Lepra nicht.

TERBINSKY ist mit IWANOFFS Bemerkung nicht einverstanden, da die Arbeiten von LEWANDOWSKY und ARNING nicht nur die Flecke und Nerven der maculo-anaesthetischen Lepra, sondern auch tuberkuloide lepröse Veränderungen, welche die Übergangsform zu der tuberösen Form darstellen, betreffen.

KULNEFF und PAWLOFF sprechen sich zugunsten der Mykosis fungoides aus.

2. IWANOFF stellt eine Kranke mit **Folliklis** vor. Bei der 25jährigen Patientin hat die klimatische und Kumysbehandlung vorzügliche therapeutische Erfolge erzielt.

3. IWANOFF teilt mit, dafs seine Versuche, die zwei von ihm in der Sitzung vom 30. Oktober 1910 bereits vorgestellten Fälle von **Biskrabeule** mit Salvarsan zu behandeln, mifslungen sind.

Sitzung vom 26. Februar (11. März) 1911.

1. MOROSOFF stellt zwei Kranke mit **Folliklis** vor.

In der Diskussion wird es offenbar, dafs nur der erste Fall als zweifellos typisch angesehen werden kann.

2. FRIEDMANN demonstriert einen Fall von **circumskriptem pustulösen Syphilid.** Krankheitsdauer ein Jahr. Beim ersten Blick könnte man diese Form für eine tuberöse Form der Spätsyphilis halten. Bei genauer Untersuchung der einzelnen Elemente sind typische primäre Pusteln einer rezenten Rezidivsyphilis wahrzunehmen.

Diskussion: OBRASZOFF ist der Meinung, dafs die vorhandenen Narben eher für eine Spätform sprechen. PAWLOFF stimmt der Meinung FRIEDMANN zu und hält die erwähnte Pustelform für ein tiefes syphilitisches Ekzem.

3. SOLOWIEFF zeigt einen Fall von **Mykosis fungoides.** Krankheitsdauer 6 Jahre.

4. JELZINA hält einen Vortrag: **Zur Prophylaktik der Syphilis. Ein neuer Typus eines Kinderasyls für syphilitische Kinder und dessen öffentliche Bedeutung.** Erscheint demnächst.

5. SOLOWIEFF berichtet kurz über einen **Todesfall nach einer intravenösen Injektion von Salvarsan.** Näheres darüber verspricht er in der nächsten Sitzung vorzutragen.

6. MOROSOFF zeigt mehrere **Ausstrichpräparate von Spirochaeta refringens.** Das Material wurde bei einem Syphilitiker, der auf WASSERMANN positiv reagierte, von einem spitzen Condylom nach einer Einspritzung von Salvarsan entnommen. Grofse Mengen von Spirochaeta refr. konnte man 24, 48, sogar 72 Stunden nach der Einspritzung konstatieren. M. betont, dafs Spirochaeta refr. augenscheinlich dem Salvarsan gegenüber vollständig refraktär bleibt.

Fachzeitschriften.

Dermatologisches Centralblatt.

Band XIV, Heft 6. März 1911.

1. **Beitrag zur Salvarsantherapie,** von Brölemann-Bielefeld. Ein Patient, dessen linkes Auge schon seit zwei Jahren fast vollkommen, voraussichtlich durch einen syphilitischen Netzhautprozefs, erblindet war, bekam wegen eines tertiären tubero-serpiginösen Syphilids über dem linken Auge 0,6 Salvarsan intramuskulär-glutäal in Glycerinlösung. Drei Wochen später Fieber und Schmerzen im linken Auge; der Augenarzt stellte eine Panophthalmie infolge Embolie fest.

2. **Unguentum solubile,** von A. Stephan-Wiesbaden. St. hat eine neue Salbengrundlage zusammengestellt, die folgende Eigenschaften in sich vereinigt: antiseptisch, leicht verreibbar und schnell resorbierbar, nicht reizend, wasserlöslich und leicht abwaschbar, nicht fettend und sehr aufnahmefähig für Lösungsmittel. Das Rezept lautet:

Tragacanthi	3,0
contere exactissime cum Spiritu	5,0
deinde misce cum Glycerino	50,0
adde Aqu. dest.	42,0.

Die Art und Weise der verschiedenen Zusätze wird an zahlreichen Rezeptbeispielen illustriert.

W. Lehmann-Stettin.

Lepra.

Bibliotheca internationalis.

1911. Band IX, Heft 4.

XII. **Untersuchungen über Komplementbindung mit dem Serum Aussätziger,** von Oluf Thomsen und S. Bjarndjedinson-Reykjavik. Von 50 aussätzigen Patienten aus dem Leprahospital zu Reykavik ergaben mit erwärmtem (inaktiviertem) Serum 19 mit Lepra anaesthetica keine Reaktion, von 13 mit Lepra tuberosa anaesthetica 5 bei der ersten Untersuchung positive Reaktion; von 18 mit Lepra tuberosa ergaben 6 positive Reaktion. Nicht erwärmtes (inaktiviertes) Serum ergab positive Reaktion konstant bei Patienten mit Lepra tuberosa (18 Patienten), häufig (bei 6 von 13) bei solchen mit Lepra tubero-anaesthetica und nur bei einem von 18 Patienten mit Lepra anaesthetica.

Die untersuchten Sera erwiesen sich gröfstenteils als im Besitz einer bedeutenden Eigenhemmung, welche bei nichtinaktiviertem Serum am stärksten war. — Extrakt aus einem Lepraknoten erwies sich in Verbindung mit dem Serum lepröser wie auch syphilitischer Patienten als fähig, ein Komplement zu binden. Eine spezifische Komplementbindung zwischen Lepraserum und Lepraextrakt liefs sich nicht nachweisen.

XIII. **Komplementbindung bei Lepra mit leprösem Antigen,** von R. Biehler und Julius Eliasberg-Riga. Die Verfasser fanden in dem durch $^1/_{10}$%ige normale Schwefelsäure neutralisierten 2%igen Antiforminextrakt aus Lepromen ein sehr konstantes brauchbares Antigen für Lepra. Dieser Extrakt bindet das Komplement nur bei Anwesenheit von Seren Lepröser. Die Lepra tuberosa bindet das Komplement stärker als die Lepra nervorum. Das Serum tuberös Lepröser bindet allein stärker

und häufiger als das Serum der Fälle von Lepra nervorum das Komplement. Die Behandlung mit Nastin und Ol. gynocardiae übt keinen Einfluſs aus, weder auf die Häufigkeit, noch auf die Stärke der Reaktion. Es stellt sich doch ein gewisser Unterschied heraus zwischen der Lepra tuberosa und der Lepra nervorum.

Schourp-Danzig.

Bulletin de la société française de Dermatologie et Syphiligraphie.

1911. Nr. 2 und 3.

Sitzung vom 2. Februar 1911.

1. **Rezidiv nach zwei Salvarsaninjektionen,** von Bodin. Ein Patient mit maligner Syphilis, der trotz zahlreicher Quecksilberkuren stets neue Ausbrüche erlitt, bekam 0,55 Salvarsan in saurer Lösung intramuskulär. Rasche Heilung, doch nach einem Monat erfolgte bereits ein Rezidiv. Neuerliche Einspritzung von 0,5 Salvarsan, auf die abermals Heilung, jedoch nach 46 Tagen wieder ein Rezidiv eintrat.

2. **Zufälle nach Salvarsan,** von Gaucher, Gougerot und Guggenheim. Die Autoren hatten nach Anwendung von Salvarsan folgende unangenehme Zufälle erlebt: Lungenembolien, Venenthrombosen, langdauernde schmerzhafte Knoten an der Injektionsstelle verursacht durch Nekrose. Auſserdem Allgemeinerscheinungen, wie Abmagerung usw., welche sie auf die Arsengiftwirkung beziehen: Debatte über die Injektionstechnik.

3. **Die Rolle der Leukocyten in der Pathogenese der Dermatosen,** von L. Spillmann und L. Bruntz. Im Organismus befindliche Giftstoffe werden von den Leukocyten aufgenommen und in die Drüsen gebracht, wo sie ausgeschieden werden. Befinden sich diese im Zustande der verringerten Funktion oder ist die Leukocytenzahl zu groſs, suchen letztere andere Wege und treten vor allem durch die Haut durch. Diese reagiert darauf durch Hyperplasie und gesteigerte Funktion. Für die Autoren sind nun die Gewebsveränderungen bei den Dermatosen nur der Ausdruck dieser Reaktion der Haut gegen durchtretende Leukocyten. Sie suchen dies auch bei einigen Krankheiten wie Psoriasis und Ekzem zu beweisen, wobei sie u. a. behaupten, die Flüssigkeit der Ekzembläschen bestehe aus diesen degenerierten Leukocyten und aus Epithelzellenresten.

Darier tritt diesen Hypothesen entgegen.

4. **Symmetrisches serpiginöses Syphilid mit subcutanen Gummen,** von Hallopeau und François Dainville. Ein 38jähriger Patient mit drei Jahre alter Syphilis hatte in beiden Trochanterregionen ausgedehnte serpiginöse Hauterscheinungen, die subcutan gelegene, etwa hühnereigroſse, teilweise erweichte Knoten umgaben oder bedeckten. Das Zustandekommen dieser symmetrischen Affektion erklären die Autoren durch Reflexwirkung.

5. **Lichen nitidus gleichzeitig mit Lichen planus,** von Civatte. Ein 43jähriger Patient hatte die typischen Erscheinungen der genannten Dermatosen. Nur treten die Effloreszenzen der ersteren stellenweise zu gröſseren Herden zusammen. In der Achselhöhle befindet sich ein Herd, an dem der Übergang von Lichen nitidus in Lichen planus deutlich zu sein scheint. Bei einigen Effloreszenzen ist es schwer, sie einer der beiden Erkrankungen zuzuteilen.

6. **Drei Fälle von Syphilis hereditaria tarda mit Salvarsan behandelt,** von Payenneville und Bataille. Zwei Patienten mit ausgedehnten syphilitischen Ulcerationen auf hereditärer Basis wurden durch eine zweimalige intravenöse Injektion von 0,25 Salvarsan rapid gebessert, worauf die völlige Heilung durch Hg-Injektionen eintrat. Ein Patient mit ekthyma-ähnlichen Erscheinungen wurde durch 0,25 und 0,5 Salvarsan geheilt.

7. **Böse Zufälle durch Salvarsan und dessen Dosierung**, von Lerredde. Salvarsan soll nicht in fraktionierten, sondern in massiven Dosen verabreicht werden. Reinjektionen steigender Mengen erzeugen keine anaphylaktischen Erscheinungen. Schwere Zufälle können vermieden werden, wenn man als Anfangsdosis nicht mehr als 0,3 injiziert. Selbst wenn hierauf die Erscheinungen verschwunden sind, müssen neuerliche Injektionen gröfserer Mengen gemacht werden. Nur bei jugendlichen, kräftigen Individuen im Primärstadium der Syphilis kann die jedesmalige Dosis 0,6 betragen.

8. **Dosierung von Salvarsan**, von Milian. M. tritt für kräftige Dosen in nicht zu langen Zeiträumen ein, damit die Spirochäten nicht arsenfest werden: Er verabreicht 1,3—1,5 Salvarsan innerhalb von 20 Tagen, entweder alternierend in zwei intravenösen und einer intramuskulären oder in vier intravenösen Injektionen.

9. **Ein französisches Arsenobenzol**, von Alex. Renault, L. Fournier und Guénot. Die Autoren berichten über ein unter dem Namen „Arsenobenzol Billon" in den Handel gebrachtes Präparat, das dieselbe chemische Zusammensetzung wie Salvarsan hat, im Tierversuch nicht giftiger ist als dieses und beim Menschen ebenso glänzende Resultate erzielt.

Balzer zeigt ein neues von Mouneyrat hergestelltes unlösliches Arsenpräparat, das ebenfalls ausgezeichnet wirken soll.

10. **Ein Fall von symmetrischer Lipomatose**, von Balzer und Burnier. Ein 42jähriger Mann zeigte beiderseits längs der vorderen Medianlinie des Stammes, von der Schulter bis zur Symphyse symmetrisch angeordnete Fettknoten, die am Abdomen besonders grofs waren.

11. **Papulo-erosives Syphilid am Penis und Scrotum als Rezidiv bei einer mehr als 30jährigen Syphilis**, von Balzer und Burnier. Ein 54jähriger Patient zeigte die im Titel angegebenen Erscheinungen, trotzdem er seine Syphilis sehr energisch behandelt hatte.

12. **Spätwirkung von Salvarsan und Hektine**, von Balzer und Garsaux. Ein Patient mit papulösem Exanthem bekam nach 1,0 Salvarsan einen schweren Ikterus. Erst etwa zehn Wochen p. i. heilten die syphilitischen Erscheinungen ab. Eine ähnliche späte Wirkung wurde bei einem mit Hektine behandelten Tertiärsyphilitiker beobachtet.

13. **Therapeutische Versuche mit Hektine und Hektargyre bei progressiver Paralyse**, von Marie und Bourilhet. Paralytiker erhielten im ganzen 1,0 Hektine und nach einem Monat zwei Dosen Hektargyre, wodurch einzelne Symptome gebessert worden sein sollen.

Sitzung vom 2. März 1911.

1. **Blennorrhoische Keratose der Hände**, von Robin und N. Fiessinger. Demonstration eines Falles.

2. **Verschiedene Formen der Hauttuberkulose: Papulo-nekrotische, angiomatöse, lichenoide und verruköse Tuberkulide. Übergangsstadien**, von Gaucher, Gougerot und Guggenheim. Ein 34jähriger Patient mit beginnender Lungentuberkulose zeigte die genannten Formen der Hauttuberkulose. Besonders wichtig erscheinen den Autoren die beobachteten Übergangsformen, die einen neuerlichen Beweis für die noch nicht allgemein anerkannte bazilläre Natur einzelner Formen bilden.

3. **Tertiäre Formen vier Monate nach dem Primäraffekte**, von Gaucher, Gougerot und Guggenheim. Ein 25jähriger Patient soll vier Monate nach der Infektion ein typisches ulceriertes Gumma am Rücken neben sekundären Erscheinungen gehabt haben. Rasche Heilung durch Hg.

4. **Erythema multiforme und Purpura tuberkulöser Natur,** von GAUCHER, GOUGEROT und GUGGENHEIM. Ein Patient mit Lungentuberkulose und Syphilis hatte mehrere Eruptionen von Purpura und Erythem. Das Auftreten im Verlaufe der Tuberkulose und die Schwankungen mit letzterer sprechen für die tuberkulöse Natur, und zwar glauben die Autoren es mit lokalen Abwehrerscheinungen gegen Ausscheidung und Zerstörung von Tuberkelbazillen zu tun zu haben.

5. **Chronische professionelle Dermatitis und Neuritis durch Röntgenstrahlen,** von GOUGEROT. Die genannten Erscheinungen mit carcinomatöser Umwandlung bestehen bei einem Patienten, trotzdem er seit zehn Jahren nichts mehr mit Röntgenstrahlen zu tun hat.

GAUCHER hält den Fall blofs für eine Röntgenneuritis.

6. **Gutartiger Verlauf bei einer neuerlichen Syphilisinfektion,** von HALLOPEAU. Demonstration.

In der darauf folgenden Debatte über die Abortivbehandlung der Syphilis mit Hektine zieht HALLOPEAU u. a. seine Behauptung, dafs nach 30 Hektineinjektionen der Ehekonsens erteilt werden könne, zurück und verschiebt diesen bis zum definitiven Negativwerden der WASSERMANNschen Reaktion. (Wer garantiert übrigens, dafs diese nicht mehr positiv wird? D. Ref.)

7. **Behandlung der Syphilis mit neuen von MOUNEYRAT hergestellten Arsenpräparaten: Arsenphenylchlorohydroxyamin und Phenyljodohydroxyamin,** von BALZER, BURNIER und GARSAUX. Die Verfasser berichten über ihre Versuche mit den genannten unlöslichen Arenpräparaten. Die Chlorverbindung enthält 34%, die Jodverbindung 24% Arsen. Erstere schien stärker zu wirken und wurde deshalb hauptsächlich angewandt. Die toxische Dosis liegt für das Meerchweinchen bei 0,07—0,12, für das Kaninchen bei 0,1—0,12 pro kg Körpergewicht. Beim erwachsenen Menschen gaben die Verfasser in Intervallen von einer Woche drei Injektionen à 0,2. Im ganzen wurden 27 Männer und 19 Frauen dieser Behandlung unterzogen. Alle, mit Ausnahme von zweien, wurden geheilt, oft schon nach der zweiten Injektion, zehnmal wurden Rezidive beobachtet. Deshalb glauben die Verfasser, dafs nach 14 Tagen die Kur durch eine Hg-Medikation zu ergänzen sei. Als Nebenwirkungen wurden einige Tage andauernde schmerzhafte Schwellungen an der Injektionsstelle, Temperatursteigerungen bis 39° und Schlaflosigkeit beobachtet. Das Allgemeinbefinden blieb im allgemeinen gut, Schädigungen der Nieren, des Opticus und Acusticus wurden nicht gesehen. Eine Arsenfestigkeit der Spirochäten scheint durch die wiederholten Injektionen nicht einzutreten.

8. **Klinische und botanische Beobachtungen über die in Japan vorkommenden Piedrafälle,** von M. K. DOHI und OHNO. Bei dieser Krankheit sind die Haare mit festhaftenden Schuppen bedeckt, an verschiedenen Stellen in mehrere Fäden zerspalten, deren jeder ein Knötchen trägt. Im Mikroskop zeigen diese eine Kapsel, die zahlreiche Sporen enthält. Auf Kartoffeln, Peptongelatine usw. sind die Pilze leicht bei Zimmertemperatur zu kultivieren. Die Behandlung besteht in Einreibungen mit einer Karbol-Salicylsalbe durch 1—2 Wochen.

9. **Vereinfachung der intravenösen Salvarsaninjektion,** von GASTOU. Eine Spritzflasche, die das Medikament enthält, wird umgekehrt befestigt, und hierauf durch ein Gebläse Luft eingetrieben, die das Salvarsan in kontinuierlichem Strome in die Vene treibt. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Annales de Dermatologie et Syphiligraphie.

1911. Heft 3.

1. **Subcutane Kalkeinlagerungen und Sklerodermie,** von GEORGES THIBIERGE und R. J. WEISSENBACH. Bei einer 54jährigen Patientin waren vor 14 Jahren Anfälle lokaler Synkope an den Fingern und den Zehen aufgetreten. Nach einiger Zeit traten an diesen Stellen weifslich glänzende, derbe, mäfsig erhabene Flecke auf, die nach Verlauf mehrerer Monate ulcerierten, wobei ein hirsekorngrofses Konkrement entleert wurde. Diese Affektion griff dann auf die Unterarme und Unterschenkel weiter und durch acht Jahre wurden in verschiedenen Zeitabständen diese Konkretionen ausgestofsen. Bei der Spitalaufnahme bot die Patientin das typische Bild der Sklerodermie an den Extremitäten und in geringem Grade im Gesichte dar. Aufserdem waren zahlreiche Knoten, die Konkremente enthielten, vorhanden. Röntgenologisch wurde noch eine grofse Anzahl solcher Einlagerungen, die dem Tastsinne nicht zugänglich waren, festgestellt. Die Steinchen bestanden hauptsächlich aus Calciumcarbonat.

Aus der Literatur führen die Autoren noch weitere acht Fälle an, die ihrem ziemlich analog sind. Die histologische Untersuchung, die in diesem und in einigen der angeführten Fälle vorgenommen worden war, ergab, dafs die Kalkeinlagerungen ein Endprodukt der durch die Sklerodermie bedingten pathologischen Veränderungen des Bindegewebes seien. Daraus und aus dem in allen Fällen parallelen Verlaufe zwischen Sklerodermie und Verkalkung leiten die Autoren die Forderung ab, die erwähnten Fälle von den übrigen Kalkeinlagerungen als spezielle Gruppe abzutrennen, da ein Zusammenhang zwischen Sklerodermie und Konkrementen besteht.

2. **Klinischer Beitrag zum Leukoderma psoriaticum,** von PETRINI. Mitteilung von drei Fällen, bei denen nach der Behandlung einer typischen Psoriasis vulgaris (zweimal noch unter der Beobachtungszeit) weifse Flecke entstanden, die den psoriatischen Effloreszenzen gleichgrofs, scharf umschrieben und nicht von einem Pigmentsaum umgeben waren. P. glaubt, dafs dies Fälle waren, bei denen die Infiltration nicht sehr stark war und die Schuppen nicht fest hafteten. Bezüglich der Entstehung meint er, dafs die Psoriasis in gewissen Fällen imstande ist, die Pigmentbildung im rete zu stören. Die einmal vorgenommene histologische Untersuchung hat allerdings keine bestimmten Anhaltspunkte in dieser Hinsicht ergeben. Verfasser weist zum Schlusse auf die Wichtigkeit der Abgrenzung vom Leukoderma syphiliticum hin.

3. **Hyperkeratose 38 Jahre nach Erfrierung,** von GEORGES THIBIERGE. Bei einem 62jährigen Patienten, der im deutsch-französischen Kriege Hände, Füfse, Nase und Ohren erfroren hatte, begann vor einem Jahre eine violettgefärbte Anschwellung der Hände und Füfse. Es folgte Nässen und hierauf bildeten sich grofse Blasen, die nach vier Monaten mit Krusten abheilten. Vor einem Monate begann die jetzige Affektion. Die Haut der Hände ist infiltriert und verdickt, die Finger, die die Nägel verloren haben, bilden Trommelschlägelform. Auf den Endphalangen haben sich mächtige, graue Wucherungen der Hornschicht gebildet, die stellenweise Krusten und Blasenreste tragen. Ähnliches findet man an den grofsen Zehen. Nase und Ohren sind verdickt und mit Krusten bedeckt. TH. bezieht die Affektion auf die Erfrierung.

4. **Erworbene elephantiastische Veränderungen unbekannter Natur,** von EYRAUD DECHAUX. Eine 22jährige Patientin wies folgende in der Kindheit erworbene pathologische Veränderungen auf: Die Endphalanx der Finger und Zehen war überstreckt, die Mittelphalanx gebeugt, die Grundphalanx frei beweglich. Aufserdem besteht Taubheit infolge sklerosierender Otitis. Die Innenseite der Oberschenkel ist verdickt, rotviolett verfärbt, hart, nicht faltbar. Die grofsen Labien sind ebenfalls hypertrophisch, derb, diffus gerötet, indolent. Für hereditäre Syphilis war weder bei der Patientin noch bei ihrer Mutter ein klinischer oder serologischer Anhaltspunkt

zu gewinnen. Da die Affektion der Oberschenkel am ehesten der Sklerodermie ähnelte, wurde eine Kur mit Schildrüsentabletten eingeleitet. Dadurch verloren die befallenen Stellen ihre starre Infiltration, ihre Verfärbung und kehrten zu normalen Dimensionen zurück.

Lymphangioma circumscriptum, von R. J. Weissenbach. Bei einer 15jährigen Patientin hatte sich seit vier Jahren über dem rechten Schulterblatte eine Hautveränderung entwickelt, die folgende Effloreszenzen erkennen läfst: 1. Hanfkorn- und gerstengrofse durchscheinende, prominierende Bläschen, 2. linsengrofse, weiche Gefäfsnaevi und 3. zahlreiche stecknadelkopfgrofse, teilweise gruppierte, gelbliche, derbe, bald rundliche, bald vieleckige Knötchen, die, angestochen, einen Tropfen klarer Flüssigkeit entleeren. Histologisch fanden sich in den Papillen regelmäfsige, verschieden grofse Hohlräume, die oft ins Stratum subpapillare reichten, und von einem Endothel ausgekleidet waren. Sie waren von einer fein granulierten Flüssigkeit, die Lymphocyten und Endothelzellen enthielt, erfüllt. Die Diagnose wurde daher auf Lymphangioma circumscriptum gestellt.

6. **Traumatischer Pemphigus auf Narben**, von Le Blaye. Ein Patient hatte durch 30 Jahre ein Bruchband getragen, mufste sich aber wegen Einklemmung der Hernie operieren lassen. Durch einige Monate war er rezidivfrei, dann war er wieder genötigt zur Bandage zu greifen. Seit drei Jahren jedoch konnte er diese nicht mehr ständig tragen, da sich stets Blasen darunter bildeten. Beim Spitaleintritte zeigten sich in beiden Inguinalbeugen, besonders aber links, rote narbige Stellen. Die Verfärbung nahm gegen die Peripherie zu ab und wurde von einem weifsen narbigen Streifen umgeben. Durch mäfsigen Druck mit einem Stecknadelkopfe liefsen sich an diesen Stellen künstlich Blasen erzeugen, deren Bildung nach einer Stunde begann und die etwa in 24 Stunden ihren Höhepunkt erreicht hatten. Histologisch wurde ein Stück nahe dem Gesunden und ein Stück mitten aus dem Kranken untersucht. Bei ersterem fand man eine Blase zwischen Epidermis und Cutis, deren Dach vom Stratum germinativum gebildet wurde. Der Inhalt zeigte eine obere zellarme und eine untere leukocytenreiche Schicht. In der Cutis war nur geringgradige Infiltration vorhanden. Im anderen Präparate fand man aufser der bereits beschriebenen Blase im Stratum subpapillare circumskripte, follikelähnliche Infiltrationsherde, deren Zentrum von epitheloiden Zellen und deren Peripherie von Lymphocyten gebildet wurde. In beiden Präparaten fand sich ferner völliger Schwund der elastischen Fasern in den oberflächlichen Schichten der Cutis und starke Reduktion derselben in den tieferen.

Richard Frühwald-Leipzig

Folia urologica.

Bd. V. Nr. 9. März 1911.

1. **Anatomische Untersuchungen über die Prostatahypertrophie.** Die Wunde und der Heilungsvorgang nach Exstirpation der hypertrophischen Prostata, von Jul. Tandler und O. Zuckerkandl-Wien.

2. **Das Urethralfieber**, von Josef Englisch-Wien. Der Artikel wird fortgesetzt.

W. Lehmann-Stettin.

American Journal of Dermatology and Genito-Urinary Diseases.

1911. Band XV. Nr. 1.

Granuloma fungoides (Mycosis fungoides), von P. G. Unna - Hamburg. Das Granuloma fungoides hat seinen Ausgangspunkt in dem unter der Oberhaut und dem Papillarkörper verborgenen subpapillaren Gefäfsnetz der Haut; auf dem Blutwege

verbreitet sich die Erkrankung in der Haut, aber mit besonderer Bevorzugung der Blutbahn an der oberen Grenze von Papillarkörper und Cutis, und zwar dehnt sie sich viel mehr in die Breite als in die Tiefe aus. Auf Grund seiner eingehenden Untersuchungen sieht U. in dem Granuloma fungoides eine einfache perniziöse Hauterkrankung, nicht eine Teilerscheinung einer Leukämie im Sinne von PALTAUF und LEREDDE.

In Betreff der therapeutischen Maſsnahmen führt U. die Röntgenbestrahlungen, Pyrogallol- und Chrysarobinsalbenbehandlung und die innerliche Darreichung von Ichthyol an.

Syphilis des Nasen-Rachenraumes, von CHARLES W. RICHARDSON-Washington.

Die Behandlung des Bubo, von NATHANIEL P. RATHBUN-Brooklyn. Nichts Neues

Bierhefe in der Behandlung von nekrotischen und tuberkulösen Ulcerationen, von ROSWELL PARK-Buffalo. Empfehlung der Hefeanwendung.

Symptomatologie der Wanderniere, von P. DUNCAN LITTLEJOHN-New Haven.

Neue Methoden der Diagnose und Behandlungen von Veränderungen des Blasenhalses und der Urethra posterior, von LEO BUERGER-New York. Der Verfasser beschreibt und illustriert ein von ihm angegebenes Cystourethroskop und ein Katheter- und Operationscystoskop.

Das Epitheliom und seine Behandlung, von W. H. WALLACE-Brooklyn.

Ein Fall von tuberkulöser Epididymitis, von ALBERT E. MOWRY-Chicago. Der Verfasser sah Heilung durch intramuskuläre Injektionen von Sublimatlösung.

Therapeutischer Wert des Radiums, von W. H. B. AIKINS-Toronto. Gute Erfolge bei Ulcus rodens, Epitheliomen und Sarkomen. *Schourp-Danzig.*

Russische Zeitschrift für Haut- und venerische Krankheiten.

Band XXI. März 1911.

I. **Experimentelle Untersuchungen zur Frage der Überimpfbarkeit der Lepra auf Tiere,** von KEDROWSKI. Die Schluſsfolgerungen dieser ausführlichen experimentellen Arbeit von K. lauten:

1. Der Urheber der Lepra zeichnet sich in den künstlichen Kulturen durch eine groſse Mannigfaltigkeit der Formen aus: er stellt ein Bacterium dar, welches anscheinend einen komplizierteren Entwicklungszyklus hat, als man annahm, und welches kaum zur Gruppe der stäbchenförmigen Bakterien zu beziehen ist, sondern zusammen mit dem Erreger der Tuberkulose und der Diphtheritis zur Gruppe der Streptothrix oder Actinomyces gezählt werden muſs.

2. Der Urheber der Lepra kann sowohl in den künstlichen Kulturen als im Körper des Menschen wie der Tiere säurefest, wie säureentfärbend sein. Ich kann nicht mit UNNA übereinstimmen, daſs die säureentfärbenden Besonderheiten, welchen man in den leprösen Granulomen begegnet, Bakterien darstellen, welche ihre Lebensfähigkeit verloren haben.

3. Der Urheber der Lepra wächst am häufigsten in der säureentfärbenden Varietät in Kulturen, die man aus Lepramaterial, welches direkt dem Menschen entnommen wurde, herstellt. Die interessante Ausnahme, welche die Kultur von BORDONI-UFFREDUZZI durch das vollkommene Erhalten der säurefesten Eigenschaft bildet, erkläre ich mir dadurch, daſs die Kultur aus dem Knochenmark, einem an Fettstoffen reichen Gewebe gewonnen wurde, die beim Bestreichen des Nährbodens mit dem Impfmaterial in reichlicher Menge zurückbleiben konnten.

4. Der Urheber der Lepra wächst auf künstlichen Kulturen am häufigsten in Form eines diphtherieähnlichen Stäbchens, welches entweder der säurefesten Eigenschaften ganz entbehrt oder dieselben nur teilweise behalten hat.

5. Der Urheber der Lepra erneuert im Tierkörper seine säurefesten Eigenschaften so, dafs er verhältnismäfsig leicht in Form des säure- und alkoholfesten Stäbchens erhalten wird, welches in seiner Form und Struktur völlig den Leprabazillen des Menschen gleicht.

6. Bei Impfung des Lymphsystems eines Kaninchens mit diesem säurefesten Bakterium erhält man ein der Tuberkulose völlig analoges Bild, bei Impfung dagegen ins Blutgefäfs eines Kaninchens kommt es zur Bildung von Knötchen in den inneren Organen, die aus Zellen mit reichlich im Protoplasma eingeschlossenen Bazillen bestehen.

7. Bei Impfung von weifsen Mäusen mit der säurefesten Varietät beobachtet man Knötchen, die aus grofsen gekörnten, zuweilen vacuolisierten Zellen bestehen, angefüllt mit einer grofsen Menge von Bazillen.

8. Gleichzeitig mit den säurefesten Bazillen wachsen aber auch stets die säureentfärbenden Varietäten, welche im Tierkörper wieder in säurefeste sich umwandeln können.

9. Der umgekehrte Übergang der säurefesten Bakterien in die säureentfärbenden läfst sich am besten in den alten Kulturen verfolgen.

10. Die säureentfärbenden Bakterien rufen bei den Kaninchen Veränderungen hervor, die einerseits denjenigen der Tuberkulose, andererseits denjenigen der Lepra ähneln.

11. Ich teile vollkommen die Ansicht Danielssens, dafs zwischen den Leprabazillen und den Tuberkelbazillen ein inniger Zusammenhang besteht.

12. Die entgegengesetzte Ansicht von Hansen, dafs zwischen dem Urheber der Tuberkulose und der Lepra keine Ähnlichkeit in ihrer Wirkung auf den lebenden Organismus besteht, mufs seit den Arbeiten von Arning-Orth, Blaschko, Glück, Jadassohn, Schäfer, Brutzer, Klinmüller als nicht mehr zu Recht bestehend angesehen werden.

13. Ich halte es für bewiesen, dafs die Leprabazillen im Körper des Menschen wie der Tiere Veränderungen hervorrufen können, die sich nicht von denjenigen, welche man bei Tuberkulose sieht, unterscheiden.

14. Ich stimme Baumgarten bei, dafs Melcher und Ortmann es bei ihren Versuchen nicht mit einer natürlichen Tuberkulose des Kaninchens, sondern mit einer durch Impfung hervorgerufenen Lepra zu tun hatten.

15. Die besten Resultate erhält man bei Überimpfung der Lepra des Menschen auf Mäuse und Ratten.

II. **Zur Frage der Anwendungsmethode des Salvarsans und der Technik der intravenösen Eingiefsungen,** von Abulow. Auf Grund von 94 Versuchen von Behandlung der Lues mit Salvarsan ist Verfasser zu folgenden Schlüssen gelangt:

1. Bei intramuskulärer Anwendung des Salvarsans beobachtet man mäfsige Infiltrate, unbedeutendes Fieber, Schmerzen von verschiedenem Grad, aber keine allgemeinen Störungen.

2. Bei subcutaner Anwendung sind die Infiltrate zuweilen sehr stark, das Fieber ist von mittlerer Stärke, die Schmerzen von verschiedener Intensität und verschiedenem Charakter. Allgemeine Störungen fehlen.

3. Bei Injektion in zwei Stellen (zur halben Dosis) sind alle Erscheinungen schwächer ausgeprägt, als bei Injektion in eine Stelle.

4. Die intramuskuläre Injektion einer alkalischen Lösung des Salvarsans ist sehr schmerzhaft, die Infiltrate sind zwar geringer, aber das Fieber ist höher und dauert länger an.

5. Die intravenöse Eingiefsung des Salvarsans ist, trotzdem sie bald schwächere, bald stärkere Erscheinungen allgemeinen Charakters hervorruft (Fieber, Erbrechen,

Durchfall, Kopfschmerz) ganz schmerzlos, wenn man von dem Einstich selbst absieht, und sehr angenehm durch die Kürze der notwendigen Beobachtungszeit (am zweiten Tage ist der Kranke schon wohlauf).

III. **Einfache Methode der intravenösen Einspritzung des Salvarsans,** von Dolgopolow. D. bedient sich bei den intravenösen Eingiefsungen eines Glastrichters von 25 cm Umfang, eines Gummischlauchs von 2 Arschinlänge, in den er ein Glasstäbchen einschaltet, und einer Injektionsnadel.

IV. **Zur Frage der Technik der intravenösen Einführung des Salvarsans,** von Halpern. H. rät zum leichteren Hineingelangen in die Venen einerseits noch aufser Anlegung der elastischen Binde am Oberarm die betreffende Vene durch einen Assistenten unterhalb der zu injizierenden Stelle komprimieren zu lassen, ferner den Verlauf der Vene durch Jodtinktur zu markieren und endlich zuerst die Haut über der Vene durchzustechen und dann erst in die Vene selbst einzustechen.

V. **Die Bedeutung des Irrigationsurethroskops zur Erkennung und Behandlung der Erkrankungen der Urethra und der Harnblase,** von Lechtmann. L. erkennt die Bedeutung des Goldschmidtschen Urethroskops sowohl für die Diagnose als die Therapie voll und ganz an. Er fand in 350 untersuchten Fällen polypöse Wucherungen im Gebiet des Samenhügels bzw. deren Umgebung 86 mal, an den übrigen Partien der Pars prostatica 30 mal und 16 mal entzündliche Herde in der Pars membranacea. *Arth. Jordan-Moskau.*

Bücherbesprechungen.

Der Lupus. Seine Pathologie, Therapie, Prophylaxe, von L. Philippson. Übersetzt von Fritz Juliusberg. (Julius Springer, Berlin 1911.) Eingangs weist der Verfasser darauf hin, dafs der Lupus nicht einseitig als Hautkrankheit aufgefafst werden dürfe, sondern dafs stets seine Pathogenese berücksichtigt werden müsse. Er teilt den Lupus in den primären und sekundären ein. Letzterer ist der im Anschlusse an eine chirurgische Tuberkulose entstehende, unter ersterem versteht er die Fälle, wo ohne nachweisbaren Ausgangspunkt mitten im Gesunden ein einzelner Herd, oder höchstens einige wenige, entstehen. In ihrer Dignität sind beide grundverschieden, da der primäre Lupus stationär und gutartig ist, während der sekundäre die bekannten schweren Zerstörungen verursacht. Zuerst wird, als der wichtigere, der sekundäre Lupus abgehandelt, wie er sich im Anschlusse an tuberkulöse Knochen-, Gelenk- und Drüsenaffektionen entwickelt. Das Übergreifen auf die Haut erfolgt per continuitatem oder auf dem Lymphwege. Die Therapie hat zuerst die Hebung des Allgemeinzustandes zu besorgen, dann ist die ursächliche chirurgische Tuberkulose zu beseitigen. Sind diese zwei Bedingungen erfüllt, so hat sich auch die Hautaffektion spontan gebessert und wenn das Infiltrat keine Rötung, also keine progressive Tendenz mehr zeigt, kann sie auch angegangen werden. Die Methoden sind Auskratzen, Kauterisation und Skarifikation. Eine besondere Besprechung erfährt der Lupus der Nase, der auch zum sekundären gehört, da er stets von einer Affektion der Nasenschleimhaut eingeleitet wird.

Der primäre Lupus kommt wahrscheinlich auf lymphatischem Wege zustande, da die Herde gewöhnlich über gröfseren Drüsengruppen sitzen; er kann aber auch hämatogen sein. Er ist gewöhnlich stationär und gutartig. Als Therapie kommt

hauptsächlich die Exzision in Betracht; ist diese nicht möglich, ist es besser, nichts zu tun als durch Kaustika das Gewebe zu reizen, wodurch die Krankheit oft den progredienten Charakter des sekundären Lupus annimmt.

Die Finsentherapie kommt vornehmlich für den primären Lupus in Frage, die Röntgentherapie für den sekundären, da diese weniger das lupöse Gewebe als die zugrundeliegende Affektion (Drüsen usw.) beeinflufst. Die Prophylaxe hat vornehmlich in sozialen Institutionen ihr Betätigungsfeld. Zum Schlufs schlägt der Verfasser vor, statt des abschreckenden Namens Lupus Finsensche Krankheit als Bezeichnung einzuführen. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Geschlechtsleben, Schule und Elternhaus, von E. Meirowsky-Köln. (J. A. Barth. Leipzig, 1911.) M. hat von den Studenten, die die Breslauer Hautpoliklinik als Patienten aufsuchten, Fragebogen ausfüllen lassen, in dem sie nähere Angaben über ihr Geschlechtsleben (erster Coitus, Onanie, Infektion usw.) machten. Wenn das Material auch klein und einseitig ist, so läfst es doch tief in die sexuellen Verhältnisse an den Mittelschulen blicken. Die Statistik zeigt die Häufigkeit der Onanie, des Geschlechtsverkehrs in der Mittelschule und zumal der sexuellen Infektion (73 %). Wörtlich wiedergegebene „sexuelle Anamnesen" zeigen ähnliches, doch lassen sie auch den Grund für zahlreiche Verirrungen, nämlich die mangelhafte Aufklärung, erkennen. Verfasser bespricht ferner die Reformen, die behufs Änderung der geschilderten Verhältnisse notwendig seien. Vor allem müssen die Eltern die Verständnislosigkeit für sexuelle Fragen ihrer Kinder ablegen. Das prinzipielle Totschweigen dieser Angelegenheiten führt nur dazu, dafs die Kinder sich aus anderen Quellen, gewöhnlich nicht den reinsten, ihr Wissen holen. Andererseits mufs auch die Schule durch entsprechende Ausgestaltung des biologischen Unterrichts, durch Pflege des Körpers das ihre beitragen. Absolut verkehrt ist es aber, ein Kind, das irregeleitet war, dann noch durch Relegierung und ähnliche Härten zu strafen. Neben anderen wünschenswerten Mafsregeln wird die Bekämpfung der Schundliteratur, Kinematographen usw. propagiert. Vor allem aber ist die Stählung der Willenskraft des Jünglings erforderlich. Eltern und Lehrern sei das Heftchen gleichermafsen empfohlen.

Richard Frühwald-Leipzig.

Handbuch der Geschlechtskrankheiten. 4. und 5. Lieferung. Herausgegeben von Finger, Jadassohn, Ehrmann, Grosz. Die 4. Lieferung dieses Werkes setzt im Aufsatze von W. Scholtz über akute und chronische Blennorrhoe ein, und wird die Therapie abgehandelt. Genau wird die innere und lokale Medikation besprochen, die gebräuchlichsten Mittel, ihre Wirksamkeit und ihre Anwendungsweise angeführt. Neben den theoretischen Auseinandersetzungen wird aber die praktische Anwendung nicht vernachlässigt und ein Schema für die Durchführung der Behandlung gegeben. In dem Kapitel der chronischen Blennorrhoe legt Verfasser seinen Standpunkt, i. e. den der Neisserschen Schule gegenüber den Anschauungen Oberländers, Fingers usw. eingehend dar. Für ihn ist nur diejenige Erkrankung eine chronische Blennorrhoe, die bei den gewöhnlichen klinischen Erscheinungen noch auf Anwesenheit von Gonokokken beruht. Sind diese trotz sorgfältigster Untersuchung und nach mehrmaliger Provokation nicht nachzuweisen, betrachtet er die Erkrankung als postblennorrhoische Urethritis, die bedeutend harmloser ist. Sch. bestreitet ferner die Spezifität der endoskopisch sichtbaren Schleimhautveränderungen. Es folgt die Therapie der chronischen Urethritis, wobei die verschiedenen Dehnungsverfahren entsprechend gewürdigt werden.

Des weiteren bringt diese Lieferung aus der Feder Wossidlos: Endoskopie der gesunden und kranken Urethra. Endoskopische Diagnose und

Therapie. Nach einem kurzen Rückblick über die historische Entwicklung der Endoskopie wird deren Technik besprochen.

Das 5. Heft bringt zuerst Fortsetzung und Schlufs der Arbeit von WOSSIDLO über Endoskopie. Es werden die urethroskopischen Befunde in den einzelnen Stadien der Blennorrhoe und bei anderweitigen Erkrankungen der Harnröhre besprochen. Nach einem Hinweise auf die Wichtigkeit der Urethroskopie wird die endoskopische Therapie eingehend beleuchtet. Follikulitis, Perifollikulitis, Cavernitis blennorrhoica, deren Symptomatologie, pathologische Anatomie, Diagnose und Therapie werden von S. GROSZ dargestellt. Von demselben Autor folgt dann: Blennorrhoische Erkrankung präputialer und paraurethraler Gänge. Die wichtigsten in der Literatur vorhandenen Arbeiten und Anschauungen sind besprochen. Ein kurzer Aufsatz von W. SCHOLTZ behandelt die blennorrhoische Cystitis. Dann folgt von L. WAELSCH: Prostatitis blennorrhoica usw. (Siehe früheres Referat.) *Richard Frühwald-Leipzig.*

Festschrift zur vierzigjährigen Stiftungsfeier des deutschen Hospitals. (Lemcke & Büchner, New York. 1909.) Aus Anlafs des Jubiläums haben die Ärzte des deutschen Hospitals in New York eine Festschrift herausgegeben, die aus jeder der einzelnen Abteilungen eine Reihe von Arbeiten bringt. Jeder Spezialist, der Internist, Chirurg, Neurolog usw. findet interessante, sein Gebiet betreffende Arbeiten. Mehr allgemeines Interesse haben CAILLES: Hospitalgedanken. Für den Syphilidologen bemerkenswert ist aus der Ohrenabteilung DANZIGER: Zwei Fälle von Syphilis des inneren Ohres. Es sind zwei Fälle von syphilitischen Gehörstörungen im Sekundärstadium, die durch Hg gebessert bzw. geheilt wurden und jetzt in der Salvarsanaera besonderes Interesse beanspruchen. Die aus der dermatologischen Abteilung erschienenen Arbeiten eröffnet KLOTZ mit einem Aufsatze: Über Hautfirnisse. Er bespricht erst die Verwendbarkeit der einzelnen Vehikel (Kollodium, Traumaticin usw.), dann die gebräuchlichsten Arzneimittel und ihre Ersatzpräparate (Anthrasol, Tumenol). Die besten Erfahrungen hat er mit Ichthyolfirnifs gemacht, den er auf das wärmste empfiehlt.

Vier Fälle von Pemphigus bespricht S. POLLITZER. Es handelt sich um einen Pemphigus chronicus, pruriginosus, foliaceus und vegetans.

Derselbe Autor beschreibt mit DANZIGER einen Fall von Rhinosklerom geheilt durch Röntgenbehandlung. Es handelte sich um eine 37jährige Frau, die auf der linken Nasenseite ein typisches Sklerom hatte, das die Nasenatmung sehr erschwerte. Chirurgische Behandlung und Einlegen von Schienen brachte stets nur vorübergehende Erleichterung. Schliefslich erhielt sie 20 Röntgenbestrahlungen. Das Rhinosklerom verschwand völlig und ist seit drei Jahren noch nicht rezidiviert. OHLMANNS: Ein Fall von Hauthörnern mit epitheliomatöser Degeneration bringt in der Hauptsache den histologischen Befund von Hauthörnern an der Hand, deren Basis krebsig entartet war. Zum Schlusse von BIERHOFF: Behandlung der Blennorrhoe. Es sind die ziemlich allgemein angenommenen Prinzipien: erst gonokokkentötende, dann adstringierende Präparate, später event. Spüldehnungen.

Richard Frühwald-Leipzig.

Dermatologische Vorträge für Praktiker: Hautveränderungen bei Erkrankungen der Atmungsorgane. — Die innere Behandlung von Hautleiden. 3. Auflage. — **Dermatologische Heilmittel.** 3. verbesserte Auflage. — **Die Hautleiden kleiner Kinder.** 3. verbesserte Auflage. Von JESSNER. (Würzburg, Curt Kabitzsch, A. Stubers Verlag.) Der neu erschienene Vortrag über Hautveränderungen bei Erkrankungen der Atmungsorgane steht auf der Höhe der besten unter den bisher

veröffentlichten Abhandlungen Js. Es „sollen in ihm nicht nur die dermatologischen Folgen interner Vorgänge vor Augen geführt, sondern auch die Verbindungswege zwischen beiden soweit möglich klargelegt und ihre gegenseitige Bedeutung gekennzeichnet werden“, und das geschieht auf dem engen Raum von einigen 50 Oktavseiten in ganz ausgezeichneter Weise; der Dermatologe wie der Internist wird eine Fülle von Anregungen in dem Heftchen finden.

Drei andere Vorträge: die innere Behandlung von Hautleiden, dermatologische Heilmittel und die Hautleiden kleiner Kinder sind in 3., bzw. 3. verbesserter Auflage erschienen. Es mag genügen darauf hinzuweisen, eine Würdigung und Empfehlung brauchen diese Vorträge ja nicht mehr. *Götz-München.*

Der elektrochemische Betrieb der Organismen und die Salzlösung als Elektrolyt. Eine Programmschrift für Naturforscher und Ärzte, von GEORG HIRTH. (München, 1910. G. Hirths Verlag.) Ein sehr interessanter Versuch, die eigentliche Natur des „physiologischen Betriebes“ zu erklären. Verfasser glaubt, daſs „die naheliegende Vermutung, daſs jener Betrieb ein elektro-chemischer sei, zwar von den meisten im Stillen gehegt wurde, daſs aber der Schritt von der bloſsen Vermutung zur brauchbaren Hypothese nicht getan werden konnte, weil trotz einer groſsen Zahl von deduktiven, d. h. Wahrscheinlichkeitsgründen, es immer noch an einem experimentellen Beweis fehlte“. „Zum ersten Male lege ich nun den Beweis für die Störung des elektrischen Betriebs durch ein ebenso bekanntes und beliebtes, als gefährliches Dielektrikum vor.“ „Wenn man, wie ich annehme, aus dem Charakter einer Betriebsstörung auf die Natur des Betriebs schlieſsen kann, dann ist die Bahn für die Hypothese frei, und aus diesem Grunde halte ich mich nicht nur für berechtigt, sondern auch für verpflichtet, sie rite aufzustellen.“

Im einzelnen kann auf die zahlreich und geschickt zusammengetragenen Beispiele, die die Wirksamkeit elektrischer Energie bei den verschiedensten körperlichen Vorgängen beweisen sollen, nicht eingegangen werden; ebensowenig darauf, daſs Salzlösung als Träger dieser elektrischen Kraft angesehen wird. Als sehr wichtige Probe auf die elektrische Natur der organischen Energetik gilt dem Verfasser die Alkoholvergiftung, die eine Verlangsamung und Schwächung aller funktionellen Tätigkeiten herbeiführt; „nun gehören bekanntlich Alkohol und Äther zu den gröſsten Feinden der Elektrizität, indem sie nicht nur ganz direkt die Leitungsfähigkeit der mit ihnen infizierten Körper herabsetzen, sondern auch die elektrochemischen Eigenschaften der für den Organismus so wichtigen Salze stark beeinträchtigen“.

Wie weit die auſserordentlich interessanten Ausführungen, die manche Anregung geben und sehr lesenswert sind, den Forderungen einer wissenschaftlichen Beweisführung entsprechen, ist eine andere Frage, deren Beantwortung berufenerer Feder zu überlassen ist. *W. Lehmann-Stettin.*

Das Radium in der Biologie und Medizin, von E. S. LONDON-St. Petersburg. Mit 20 Abbildungen im Text; 200 Seiten. (Leipzig, Akad. Verlagsgesellschaft, 1911.) Das sehr gut ausgestattete Büchlein gibt in präziser Kürze einen Überblick über die physikalischen und chemischen Eigenschaften des Radiums und verbreitet sich etwas eingehender über seine Wirkung auf Bakterien, Pilze, Pflanzen und niedere Tierorganismen. Die biologische Wirkung auf höhere Lebewesen wird (in vielleicht etwas zu breiter Darstellung) an Experimenten und histologischen Untersuchungen der einzelnen Organe und Gewebe dargetan. Der zweite Teil beschäftigt sich mit der therapeutischen Verwendung des Radiums, der radioaktiven Substanzen, der Emanation usw. in der Medizin, die Wege der Applikation und die bei den einzelnen Krankheitsformen bisher erreichten Resultate. Das reichhaltige Literaturverzeichnis

umfaſst 262 Nummern. Das Werk bildet eine wertvolle Ergänzung der im letzten Jahre erschienenen Bücher von Soddy, Wickham und Degrais sowie von Wichmann. Es stellt eine Zusammenstellung des bisher bekannt gewordenen Beobachtungsmateriales dar, wobei auf die biologische Seite der Materie das Hauptgewicht gelegt ist. (Auffällig erscheint, daſs zahlreiche Eigennamen falsch geschrieben sind, worauf ich für eine eventuelle zweite Auflage hinweisen möchte. Ref.) *W. Lehmann-Stettin.*

Mitteilungen aus der Literatur.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

c. *Hoden und Samenbläschen.*

Die Möglichkeit einer Heilung der Samenbläscheninfektion, mit Bericht über bezügliche Fälle, von Charles E. Barnett - Fort Wayne - Indiana. (*New York med. Journ.* 21. Mai 1910.) B. hebt hervor, wie häufig die Infektion der Samenblasen, besonders bei Blennorrhoe, ist, daſs sie aber der direkten therapeutischen Einwirkung schwer zugänglich sind und er schon vor Jahren die Behandlung mit autogener Bakterienvaccine empfohlen hat. Dieselbe bereitet er sich in folgender Weise: der aus Samenbläschen und Prostata ausmassierte Eiter wird auf Blutserum ausgebreitet, die Entwicklung der Kolonien abgewartet und daraus werden Bakterine (Impfstoffe) in der Stärke von 50, 150 bis zu 500 Millionen hergestellt. Patienten wird neben der übrigen Behandlung jeden zweiten Tag eine allmählich zunehmende Dosis injiziert, wenn nicht eine besondere Reaktion erfolgt. Unter Anführung von drei bezüglichen Fällen spricht B. die Überzeugung aus, daſs diese Behandlungsart (mit autogener Vaccine) wohl diejenige der Wahl sei, auch Mischinfektion damit bekämpft werden könne und es sogar möglich sei, die Infektion in den Samenbläschen zu beseitigen, wenn schon pathologisch verändertes Gewebe zurückgeblieben sei; autogene Bakterine sollte daher jeder Urologe in seinen Heilmittelschatz aufnehmen. *Stern-München.*

Zur Auffindung der Spermatozoen in alten Spermaflecken. Ein neues Mazerations-, resp. Anreicherungs- und Färbeverfahren, von Demetrius Gasis-Athen. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 29.) Nach den Untersuchungen G.s eignet sich 1 ‰ige Quecksilberchloridlösung, der einige Tropfen Salzsäure zugesetzt sind, ganz vorzüglich zur Aufweichung eingetrockneten Spermas, da sie die Spermien auch bei längerer Einwirkung nicht schädigt; ihre Anwendung ermöglicht überdies Anreicherung und eine sehr brauchbare Färbung der Spermien. Das Verfahren ist folgendes: Von den mit dem Sperma befleckten Partien des Wäsche- oder Kleidungsstückes werden an verschiedenen Stellen Stückchen abgeschnitten, fein verteilt zwei bis fünf Minuten lang in 1—2 ccm Mazerationsflüssigkeit eingelegt und dann mit einem Glasstab ausgepreſst; ein Tropfen der ausgepreſsten Flüssigkeit wird auf dem Objektträger getrocknet, eine Minute lang in 1 %iger, wässeriger Eosinlösung gefärbt und einige Sekunden in 1 %iger wässeriger Jodkaliumlösung entfärbt. Lassen sich in dem Präparat keine Spermatozoen nachweisen, dann wird eine Anreicherung in der Weise versucht, daſs man abgeschnittene Stückchen des Untersuchungsmaterials fünf Minuten lang in 10—20 ccm Mazerationsflüssigkeit legt, mit einem Glasstab auspreſst und dann herausnimmt; im Bodensatz der ausgepreſsten Flüssigkeit finden sich nach halbstündigem

Stehen oder nach Zentrifugierung die Spermien in Haufen beisammen. — Die Präparate können natürlich auch frisch ohne Färbung untersucht werden.

Götz-München.

Zählung der Spermatozoen, von A. L. BENEDIKT-Buffalo. (*New York med. Journ.* 4. Juni 1910.) B. geht so vor, dafs er das vorliegende (Samen-) Material mit physiologischer Kochsalzlösung verdünnt und dann mit genügender Menge Methylenblau färbt. Mittels einer Camera lucida wird ein Feld des Hämocytometers auf ein Stück Kartenbrett übertragen, auf welchem bei Besichtigung mit blofsem Auge die Linien als Kreisbogen von beträchtlichem Radius erscheinen. Dieses Kartenbrett ist so gezeichnet, dafs es immer dieselbe Stellung zu jener des Mikroskops einnimmt; die Linien können mit Tinte oder Rotstift ausgeführt werden. Bei einer Untersuchung gab der verdünnte Samen im Durchschnitt 7,15 Spermatozoen in jedem kleinen Quadrat, was 28600 pro cmm der Verdünnung entspricht. Da es 10000 cmm in 10 ccm sind, so würde das eine Gesamtmenge von 286 Millionen darstellen (auf 1½ ccm Samen), in einem anderen Fall ergaben sich nach dieser Methode 2672 Millionen (auf 4,5 ccm Samen). Die Zählung der Spermatozoen wurde im allgemeinen noch selten ausgeführt; ob sie sich als zweckmäfsig zur Beurteilung des Allgemein- oder des sexuellen Befindens erweist, möchte Verfasser nicht entscheiden. Die von ihm beschriebene, einfach auszuführende Methode kann aber jedenfalls zu physiologischen Untersuchungen Verwendung finden. *Stern-München.*

Über das Verhalten der Spermatozoen im weiblichen Genitaltrakt bei Effluvium seminis, von KARL NATANSON u. HANS KOENIGSTEIN. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1910, Nr. 22.) Unter Effluvium seminis verstehen die Verfasser den sofort oder kurze Zeit post coitum stattfindenden unwillkürlichen Abflufs des Spermas aus der Scheide, wie er besonders bei Deviationen des Uterus oder Hemmungsbildungen (Hypoplasie, Infantilismus), statthat, und in vielen Fällen als Ursache einer bestehenden Sterilität angesehen wird. Die Untersuchungen wurden 3—60 Stunden nach dem Beischlaf vorgenommen. In fünf Fällen fanden sich bei wiederholter Untersuchung weder in der Cervix, noch in der Vagina Spermatozoen, in acht Fällen blieb die Durchmusterung des Scheidenschleims in zehn Fällen die Untersuchung des Gebärmuttersekrets negativ. Es erscheint von Wichtigkeit, dafs trotz des angegebenen Samenabflusses in der Mehrzahl aller Fälle, nämlich in 61,5%, Spermatozoen in beträchtlicher Menge in den Uterus gelangten.

W. Lehmann-Stettin.

Essentielle Hämospermie, von A. NELKEN-New Orleans. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 55, Nr. 14.) Zwei Fälle. Der Verfasser schliefst sich der Erklärung LINZARS an, wonach der Vorgang durch eine Hämorrhagie ex vacuo entsteht.

Schourp-Danzig.

d. *Prostata.*

Prostatitis und Samenblasenentzündung. Ohne Autorangabe. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 55, Nr. 18.) Nichts Neues. *Schourp-Danzig.*

Zur Biologie meines Infusoriums; seine Anwesenheit im Prostatasekret, von J. F. SELENEW-Charkow. Mit einer Tafel. (*Centralbl. f. Bakter.* Bd. 55, Heft 6.) Das Infusorium, welches S. ursprünglich nur in den Produkten verschiedener syphilitischer Geschwüre, hauptsächlich des cutanen Typus fand, begegnete ihm in letzter Zeit auch in den Produkten der Schleimhautsekretion, und zwar in der Harnröhre und schliefslich auch im Prostatasekret bei (3) mit torpider Blennorrhoe behafteten Patienten. In allen drei, genau beschriebenen Fällen besteht auch Verdacht auf Syphilis (inguinale und allgemeine Adenopathie), wenn auch das Blut, das in zwei Fällen nach WASSERMANN untersucht wurde, ein negatives Resultat ergab. Bei der

reichlichen Entwicklung der Infusorien und der wahrgenommenen Symbiose derselben mit verschiedenen anderen Mikroorganismen hält sich S. für berechtigt, gewisse Beziehungen dieser Infusorien zu den Bakterien, Aufnahme der letzteren durch dieselben (phagocytäre Tätigkeit) anzunehmen und gibt weiterhin eine genaue Beschreibung über degenerative Veränderungen des Körpers, Vermehrungsart usw., Einzelheiten, die nur vermittelst der beigegebenen Zeichnungen verständlich sind. Die intimen Beziehungen des Infusors zu den Bakterien und den morphologischen Elementen derselben sprechen dafür, dafs das Infusor nicht nur auf der Haut, sondern auch der Schleimhaut des Urogenitalapparates, vielleicht auch im Drüsengewebe der Prostata liegen kann. S. möchte schliefslich in Anbetracht des Umstandes, dafs er diesem Infusor bei Untersuchung des Prostatasaftes anderer Patienten, die auf Syphilis nicht verdächtig waren, nicht begegnete, die Frage der Beziehungen desselben zu Syphilis offen lassen. *Stern-München.*

Phrenitis prostatica, von James F. Percy-Galesburg. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 55, Nr. 1.) Der Verfasser berichtet von mehreren Fällen, in denen bei Prostatahypertrophie Anomalien im Geschlechtsverkehr bestanden, welche nach der Operation der Prostatavergröfserung fortblieben. *Schourp-Danzig.*

Die Bekämpfung der Symptome der Urinverhaltung bei Prostataleiden mittels der elektrischen Behandlung, von J. S. Bolton-Nottingham. (*Lancet.* 1. Okt. 1910.) Das Vorliegende ist eine etwas verkürzte Wiedergabe eines in der Electrotherapeutical Section der Royal Society of Medicine (*Trans.* Bd. III, Nr. 8) gehaltenen Vortrags. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Harnretention als operative Indikation bei Prostataabscefs, von G. Marinescu-Bukarest. (*Spitalul.* Dez. 1910.) Die Diagnose einer Eiteransammlung in der Prostata ist oft mit Schwierigkeiten verbunden, namentlich dann, wenn man durch den Mastdarm eine Fluktuation in der Drüse nicht zu entdecken vermag. Ein gutes diagnostisches Zeichen ist in diesen Fällen eine vollständige oder fast vollständige, persistierende Harnverhaltung. Weitere Symptome sind Fieber und Schmerz in der Mittelfleischgegend, namentlich beim Sitzen. Der beste chirurgische Eingriff ist die Eröffnung vom Perineum aus, nach der Methode von Segond mit nachfolgender Drainierung und Auspressung der Drüse bei jedem Verbandwechsel durch den ins Rectum eingeführten Finger. *E. Toff-Braila.*

Über akute Prostatitis, von Liokumowitsch. (*Rufski Wratsch.* 1910. S. 834.) Im Laufe der letzten neun Jahre sind im Obuchow-Hospital zu Petersburg unter 2500 Kranken der urologischen Abteilung nur 36 Fälle von akuter Prostatitis vorgekommen. Unter diesen 36 Fällen handelte es sich in 30 um Tripper, wobei in 22 die Prostatitis sich unmittelbar an den Harnröhrentripper anschlofs. Am häufigsten war unter den akuten Prostatitiden die parenchymatöse Form, seltener die follikuläre Form. In 18 Fällen fand ein spontaner Durchbruch in die Harnröhre statt. Wenn man demnach nach Verfasser sich auch bei der akuten Prostatitis entschieden abwartend verhalten darf, so mufs man doch das Messer zur Hand haben, um bei Verschlechterung des Allgemeinbefindens, wie bei Zunahme der lokalen Beschwerden chirurgisch einzugreifen. Der chirurgische Eingriff geschieht am besten vom Damm aus. *Arthur Jordan-Moskau.*

Die Cysten der Prostata, von F. Legueu und H. Verliac. (*Presse méd.* 1910. Nr. 17.) Kasuistischer Bericht über einen an Urininfektion gestorbenen Kranken, bei dessen Obduktion eine kongenitale Prostatacyste als Ursache gefunden wurde. *Gunsett-Strafsburg.*

Unstillbares Bluten wegen eingekeilter Prostatasteine. Sectio alta, von E. Boross-Budapest. (*Urologia,* Beiblatt der *Budapesti Orvosi Ujsag.* 1910. Nr. 4.)

Bei einem 76jährigen Privatmann wurde vor 15 Jahren zum ersten Mal Lithotripsie vorgenommen und vor sechs Jahren eine zweite. Seither kann er nur mit Hilfe eines Katheters urinieren. Bei jedem Katheterisieren fühlt er in der Harnröhre stechende Schmerzen und es entleert sich blutiger Urin. Einmal hatte er nach dem Katheterisieren mit einem Nelatonkatheter stärkeres Bluten, das weder durch dicken Verweil-Katheter noch mit Medikamenten gestillt werden konnte. Nach zweitägigem Bluten war Patient sehr blafs, seine Gliedmafsen sind kühl, der Durst ist gesteigert, die Zunge stark trocken, der Puls fadenförmig, kaum zählbar. Sofortige Sectio alta ohne jede Anästhesierung. Nachdem aus der Blase eine grofsee Menge Blutgerinnsel entfernt worden waren, fühlte Verfasser die in die Blase eindringende faustgrofse riesige, schwammartige Prostata, in deren Spalten scharfe, mandelförmige und mandelgrofse Steintrümmerchen eingekeilt waren. Er hob den gröfsern Lappen der Prostata und fand unter ihm in einer tiefen Tasche einen 3 cm grofsen Stein mit einem Durchmesser von 5 cm. Nach rascher Entfernung der Steine war noch geringe Blutung. Blasennaht, Tamponade, Verweilkatheter, Salzinfusion. Am nächsten Tage pausierte das Bluten. Der Patient uriniert durch eine ständige Fistel und schläft gut, nährt sich gut. Sein Allgemeinbefinden ist vorzüglich. In der Nacht ist ständiger Urinabflufs gesichert. In den Fällen von Blasensteinen, wo das Blasenspiegeln in Folge der Gröfse, Form, Lage, Verletzlichkeit in genauer Weise oder überhaupt nicht vorgenommen werden kann, hält Verfasser eine ohne Narkose in SCHLEICHscher Anästhesie leicht vorzunehmende vollkommenere Sectio alta richtiger, als die unter schweren Verhältnissen unvollkommen ausführbare Lithotripsie. *Poross-Budapest.*

Prostatasarkom, von C. L. GIBSON - New York. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 54. Nr. 17.) Bericht von zwei Fällen; der eine betraf einen 35jährigen, der andere einen 36jährigen Mann. In dem ersteren erfolgte die Auschälung der Prostata mittels eines kombinierten suprapubischen und perinealen Verfahrens; in dem andern war die operative Entfernung nicht möglich. Beide Patienten starben.

Schourp-Danzig.

Radiumbehandlung eines Prostatasarkoms, von RUDOLF PASCHKIS und WILHELM TITTINGER - Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 48.) Bei einem 82jährigen Manne hatte sich im Anschlusse an eine nie zur Heilung gelangte Blennorrhoe eine Prostataveränderung mit häufigen terminalen Blutungen und schliefslicher Retention ausgebildet, die zur Diagnose eines Tumors führte. Per rectum fühlte man einen unregelmäfsigen mehrhöckrigen Tumor; der dem linken Lappen entsprechende Anteil war apfelgrofs, stark gegen das Rektum vorspringend; der rechtseitige Anteil war noch gröfser, sein oberer Rand eben noch erreichbar; von ihm aus zog ein flaches Infiltrat gegen die Beckenwand. Es wurde eine Blasenfistel angelegt, die ein mächtiges exulzeriertes, in die Blase hineinragendes Sarkom ergab, mit teilweiser Beteiligung des Blasenbodens. Durch die Fistel wurden 4,7 mg Radiumbromid (Einheiten nicht angegeben) eingeführt und direkt am Tumor appliziert. Nach 21 Sitzungen à 20 Minuten (im Laufe von fast einem Jahre) fühlt man an Stelle des mächtigen Tumors vom Rectum aus ein flaches, absolut nicht druckempfindliches, nicht scharf abgrenzbares Infiltrat, das sich rechts gegen die Beckenwand hinzieht. Die Prostata ist nicht differenzierbar. *W. Lehmann-Stettin.*

Über die Darstellung der Prostatahypertrophie im Röntgenbilde, von L. BURKHARDT und H. FLÖRCKEN-Würzburg. (*Dtsch. Ztschr. f. Chir.* Bd. 105. 1.—2. Heft.) Die Verfasser füllen die Blase mit Sauerstoff entweder, indem ein Katheter direkt mit einer Sauerstoffbombe verbunden wird, von der aus der Sauerstoff in die Blase gelangt, oder indem eine mit 3%igem Wasserstoffsuperoxyd gefüllte Flasche, die eine als Katalysator dienende Kaliumhypermangan-Pastille enthält, mit dem Katheter in

Verbindung gebracht wird. Die mit der Kompressionsblende hergestellte Röntgenaufnahme gibt sehr deutlich auf der Platte die genauen Konturen der Blase und damit auch alle Veränderungen dieser, welche durch vorspringende Prostatateile am Blaseneingang verursacht sind. *Schourp-Danzig.*

Die Pathologie der Prostatahypertrophie, von F. T. Paul-Liverpool. (*Lancet.* 30. Juli 1910.) An zehn (vortrefflich gelungenen) Mikrophotogrammen demonstriert Verfasser zunächst, dafs die pathologischen Veränderungen der Prostata histologisch die gröfste Ähnlichkeit mit denen der Mamma aufweisen. Es sind abgebildet: die fibröse Hypertrophie, Irritationsveränderungen, cystische Entartung, Cysten mit hypertrophischem Epithel und krebsartige Hypertrophie der Acini. Analog dem Zusammentreffen von Veränderungen an den Brüsten mit solchen der Ovarien folgt gleichermafsen auf Abweichungen in der Testikelfunktion eine Veränderung im Stroma und in den Drüsenzellen der Prostata. Diese Veränderung kann sich einesteils als Atrophie derselben (z. B. nach der frühzeitigen Kastration) anderenteils als ein hypertrophischer Vorgang abspielen. Jedenfalls ist aber eine Veränderung der sekretorischen Tätigkeit der Hoden die Ursache der Entartung der Prostata.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Ein seltener Fall von frühzeitiger Prostatahypertrophie, von Eugen Remete-Budapest. (*Urologia*, Beiblatt der *Budapesti Orvosi Ujság.* 1910. Nr. 1.) Ein 49jähriger Diener, der seit vier Jahren über Blasenbeschwerden klagt, wurde palliativ behandelt, wodurch der Residualharn von 700 g auf 400 g sank. *Poross-Budapest.*

Chronische Prostatahypertrophie. (Ohne Autor. *Journ. americ. med. assoc.* Bd. 55. Nr. 20.) Nichts Neues. *Schourp-Danzig.*

Über Prostatahypertrophie mit schwerer Cystitis, von Ernst Kunk-Sandau (Elbe). (*Medico.* 1910. Nr. 48.) Guter Erfolg bei schwerer Cystitis durch Instillationen von Jodoform mit Oleum olivarum 15:100 nach Fromme.

Arthur Schucht-Danzig.

Bericht über weitere Beobachtungen von wirksamer Prostatadehnung bei Hypertrophie, von Carl Bayer-Prag. (*Arch. f. klin. Chir.* Bd. 93, Nr. 3.) Die Dilatation des prostatischen Teiles der Harnröhre empfiehlt der Verfasser bei Fällen von chronischer Prostataschwellung mit Retention, erschwertem, von immerwährendem, schmerzhaften Drang begleiteten Urinieren ohne Vorhandensein schwerer cystitischer Erscheinungen, bei Ausschlufs des Verdachtes maligner Erkrankung, namtlich in jenen Fällen, die sich für radikale Eingriffe — Bottini, Prostatektomie — nicht eignen; Linderung, auch Heilung des Leidens hat der Verfasser durch die Dehnung in einer Reihe von Fällen erreicht. Zur Dilatation benutzt B. ein von J. Leiter-Wien konstruiertes Instrument. *Schourp-Danzig.*

Die Wirkung des Prostatatoxins auf Prostatitis und Prostatahypertrophie, von J. Sellei-Budapest. (*Orvosi Hetilap.* 1910. Nr. 29.) Verfasser machte von Prostatatabletten — hergestellt von Borrough Welcom & Comp. — eine Emulsion und impfte damit Kaninchen. 3—4 Monate später stellte sich bei der Sektion heraus, dafs weder diese noch menschliche Prostataemulsion im Organismus der Kaninchen Schaden angerichtet hat. Ferner gab er gegen Prostatitis, Prostatorrhoe und Prostatahypertrophie Emulsion aus Prostatasekret, welches er aus einer kranken Prostata herausmassierte. In der daraus angefertigten Emulsion waren auch Zellenelemente und Bakterien und „das kann von toxischer Wirkung sein.“ Er verdünnte dann „in anderer Weise“ mit Salzlösung bis 1%, denn die Injektion der salzlosen Lösung des Sekrets „verursachte sehr heftige Reaktionen“ (Temperatur über 38°, starke Röte, unruhige Nacht, Kopf- und Rückenschmerzen), und diese dauerten drei Tage. Im Urin ist wenig Eiweifs. Unter diesen Injektionen (bis 0,15—0,25 ccm) bildete sich in drei

Wochen die Prostataentzündung bei einem an blennorrhoischer chronischer Prostatitis leidenden Patienten ganz zurück. Sein zweiter Fall heilte nach vier Injektionen. Der dritte Fall betraf eine Urethrocystitis und Epididymitis und Prostatitis. Acht Tage später hörte der Harndrang auf. Die Prostata ist kleiner und weich geworden. Noch in drei Fällen bildete sich die Prostatitis mit fremder Emulsion „ganz“ zurück. „Auf urethrale Blennorrhoe übte das Mittel keinen Einfluſs, denn er gab sieben Injektionen einem 19jährigen Studenten gegen chronische Blennorrhoe mit chronischer Prostatitis und vom 6. Dezember bis zum 21. Januar (6 Wochen) ist die Prostatitis ganz verschwunden.“ Nach zweiwöchentlicher Behandlung „verschlimmerte sich der Zustand der Harnröhre.“ Gegen Harndrang gab er Salol und Opium. Die Urethra behandelte er separat. Der achte Fall wurde vom 25. Okt. bis zum 8. Dez. (6 Wochen) jeden dritten Tag mit Injektionen behandelt. Die harte Prostata „bildete sich bedeutend zurück.“ Harnröhrenausfluſs zeigt sich noch in Form eines Tropfens morgens. Der neunte Fall heilt in vier Wochen ebenso. In diesen Fällen figurierte auch das Autovaccin der Sekretbakterien. Aus dem sterilen Sekret miktiöser und defäkativer Prostatorrhoiker bereitete er eine Emulsion. In drei Fällen gelang es ihm die Prostatorrhoe mit sieben Injektionen in vier Wochen zum Verschwinden zu bringen, bei groſser, aber weicher Prostata. In einem Falle, in dem „die Prostata klein war“, blieb das Mittel „wirkungslos“. Bei Prostatahypertrophie „stellte sich die Wirkung der eigenen und fremden Emulsion langsam ein.“ Deshalb gab Verfasser mit dem Serum des schon behandelten an Prostatitis Leidenden Injektionen. In den fünf so behandelten Fällen wurde die Prostata weicher und kleiner. Auch der Residualharn wurde weniger und der Harndrang geringer. *Poross-Budapest.*

Zur Behandlung der Prostatahypertrophie, von A. Schwenk-Berlin. (*Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung.* 1911. Nr. 4.) Verfasser prüfte zwei Behandlungsmethoden nach: 1. die Selleische, welche darin besteht, daſs der Patient das eigene Sekret der Prostata oder das von einem anderen Prostatiker stammende Sekret injiziert bekommt; nach mehreren derartigen Injektionen bekamen die Kranken dann das cytotoxische Serum eines mit fremdem Prostatasekret Vorbehandelten. Weder objektiv noch subjektiv wurde ein Erfolg konstatiert.

2. Die galvanokaustische Inzision nach Goldschmidt. Hierbei sah Verfasser sehr gute Erfolge. *Arthur Schucht-Danzig.*

Über die Wirkung des Radiums in Fällen von Hypertrophie der Prostata, von Desnos-Paris. (*Urologia,* Beiblatt der *Budapesti Orvosi Ujság.* 1910. Nr. 1.) Für den Mastdarm dient eine dicke Kautschuksonde, deren Rektalende geschlossen ist, während sonst ein Kanal durchgebohrt ist, in dem die silberne Walze mit den Radium untergebracht wird. Nahe zum Rektalende verläſst der Kanal das Zentrum und endet auf der Seite des Apparates, der an der Prostata liegt, frei. Über 16 Beobachtungen wird vom Verfasser referiert. Bei drei Patienten wurde keine Besserung erzielt, die anderen 13 Fälle endeten mit Besserung oder Heilung. Störungen, die der Behandlung zugeschrieben werden könnten, traten nicht auf. Retention verschwand bei fünf Patienten nach 12—15 Behandlungen. Bei den anderen acht Patienten hörte die Retention nicht ganz auf, aber sie ging bedeutend zurück. Die erzielten Resultate konnten auch nach Einstellung der Behandlung eine lange Zeit beobachtet werden. Die längste Beobachtung hielt zehn Monate an. Bei keinem Patienten zeigte sich auf der Drüse eine Umfangsdifferenz, die bei der Rektaluntersuchung hätte festgestellt werden können. Bei dieser Anwendung löst nämlich Radium keine atrophisierende Wirkung aus. In allen Fällen wurde das Prostatagewebe weich. Es wurden sogar oft zwischen den isolierten fibromatösen Massen fluktuierende Inseln gefunden. Radium verlangsamt die Blutzirkulation und vermindert die kongestiösen Erscheinungen bzw.

die Vaskularisation. Diese Veränderungen können mit dem Cystoskop beobachtet werden. Die lebhaft roten Runzeln, die den Blasenhals umgeben und die Prostataerhabenheiten verdecken, verschwinden. Bei der Behandlung der Prostatahypertrophie mufs mit der Radiumtherapie als Palliativmittel unbedingt gerechnet werden, weil sie die Kongestion und auch die Retention vermindert. *Poross-Budapest.*

Die Behandlung der Prostatahypertrophie, von F. Weiss-Budapest. (*Gyógyászat.* 1910. Nr. 41.) In zwei Fällen des Verfassers ertrugen die Patienten den Pezzerkatheter drei Monate lang sehr gut. Bei eitriger doppelseitiger Pyelonephritis und bei chronischen Leiden, bei wenn auch scheinbar leichter Schrumpfniere soll die Operation nicht vorgenommen werden. In dringenden Fällen ist es seines Erachtens am zweckmäfsigsten, so wie in seinen zwei Fällen in der Lokalanästhesie eine Blasenfistel anzulegen und dann einen Pezzerkatheter einzulegen und wenn sich dann sowohl die Pyelonephritis als auch die Cystitis gebessert hat und der Patient mit der Blasenfistel nicht zufrieden ist, kann man eventuell zu einer transvesikalen Prostatektomie übergehen. *Poross-Budapest.*

Die Behandlung der Prostatahypertrophie, von Axhausen. (*Fortschr. d. Med.* 1910. Nr. 39.) Der Besprechung der therapeutischen Mafsnahmen wurden folgende Stadien zugrunde gelegt: 1. Das prämonitorische Stadium. 2. Die inkomplete Retention ohne wesentliche Distension. 3. Die inkomplete Retention mit Distention. 4. Die komplete Retention. 5. Die komplizierte Prostatahypertrophie, kompliziert durch a) Infektion der Harnwege; b) Blutungen. Die Technik des Katheterismus wird sehr genau beschrieben, ebenso der Blasenpunktion. Als Operation der Wahl kommt die suprapubische Prostatektomie in Betracht. *Haas-Hamburg.*

Die Prostatahypertrophie und ihre Behandlung, von Lindenstein-Nürnberg. (*Klin. therap. Wochenschr.* 1910. Nr. 42.) Nichts Neues. *Schourp-Danzig.*

Über Behandlung der Prostatahypertrophie, von Kielleuthner-München. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 24.) Verfasser berichtet über vier von ihm erfolgreich operierte Fälle und bespricht im allgemeinen die Behandlung des Leidens von verschiedenen Gesichtspunkten aus. Die Anwendung des Verweilkatheters dürfte, wie er wohl sehr richtig bemerkt, im allgemeinen in weit stärkerem Mafse, als zurzeit geschieht, mit gutem Erfolg herangezogen werden. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ein neuer Goldschmidtscher Prostatainzisor, von A. Schlenzka-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1911. Nr. 4.) Das beim Tode Goldschmidts fertig vorliegende Instrument, an der Hand von Abbildungen eingehend beschrieben, ist in seiner Art ähnlich dem Bottini; es bietet dem Operateur aber den aufserordentlichen Vorteil, dafs er jetzt imstande ist, den operativen Eingriff unter Kontrolle des Auges vorzunehmen. *Arthur Schucht-Danzig.*

Zur Frage der rezidivirenden Prostatahypertrophie nach Prostatektomie, von E. Lumpert-Basel. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Ärzte.* 1911. Nr. 8.) Der Verfasser berichtet von einem Manne, dem im Alter von 55 Jahren eine apfelgrofse Prostata nach vorgenommener Cystotomia suprapubica exzidiert wurde. Nach drei Jahren fand sich ein exquisites Rezidiv einer Prostatahypertrophie vor.

Schourp-Danzig.

Über die Indikationen zur Prostatektomie, von F. Suter-Basel. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Ärzte.* 1910. Nr. 22.) Bericht von zehn auf suprapubischem Wege operierten Fällen; sieben davon waren chronische partielle Retentionisten, zwei Fälle waren mit Distention der Blase kompliziert, und in einem Falle handelte es sich um ein Carcinom, das aber mit der Diagnose Hypertrophie zur Operation kam. Mit Ausnahme eines 79jährigen Patienten, für dessen Herz der Eingriff zu grofs war, genasen alle; sie

entleerten die Blase wieder vollständig, die Blasenwunde heilte in 3—4 Wochen zu. Die Potentia coiundi war nach der Operation so gut wie vor ihr.

Schourp-Danzig.

Seltene Indikationsstellung zur Prostatektomie, von Hans v. Haberer-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 45.) Bei einem 74jährigen Prostatiker, der in der letzten Zeit öfters an quälendem Prostatismus und Blutungen gelitten hat, stellte sich schliefslich akute Harnretention ein, welche den Katheterismus notwendig machte. Dabei nahm der Katheter einen falschen Weg, es kam zu schwerer Blutung in die Blase und zum Teil auch nach aufsen. Da der Katheterismus bei mehrfachen Versuchen, selbst im Skopolamindämmerschlaf nicht gelingen wollte, kam die Blasenpunktion in Betracht. Dieselbe wurde unterlassen, weil man fürchten mufste, dafs bei stärkerer Blutung Gerinnselbildung alsbald zur Verstopfung des künstlichen Abflufsweges führen konnte, oder aber dafs bei Entleerung der Blase die Blutung zunehmen und den Patienten gefährden konnte. Es wurde darum die Blase breit eröffnet und als Quelle der Blutung eine Verletzung des linken Prostatalappens festgestellt; aus diesen Indikationen heraus wurde die Prostatektomie gleich angeschlossen. Glatte Heilung. *W. Lehmann-Stettin.*

Erfahrungen mit der zweizeitigen Prostatektomie in Lokalanaesthesie, von Kayser-Soldau. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1911. Nr. 8.) Die zweizeitige Prostatektomie ermöglicht einen Eingriff bei älteren Patienten, welche einer einzeitigen Operation mit allen Vorbedingungen nicht gewachsen sind, wie an der Hand mehrerer Krankengeschichten dargetan wird. *Arthur Schucht-Danzig.*

Prostatektomie mit oberem Blasenschnitt in zwei Zeiten, von Howard Lilienthal-New York. (*New York med. Journ.* 18. Juni 1910.) L. führte an 16 Patienten diese zweizeitige Operation aus; das Durchschnittsalter derselben war 71 Jahre, der jüngste 52 und der älteste 77 Jahre alt. Alle, mit Ausnahme eines einzigen, der zu früh nach der Operation das Spital verliefs, wurden geheilt oder mit einer oberflächlich granulierenden Wunde entlassen. Im Gegensatz zur perinealen Prostatektomie, wo die sexuelle Potenz häufig Schaden leidet (infolge Verletzung der auf die Erektionstätigkeit einwirkenden Nerven), erlebte L. bei der suprapubischen Operation niemals Impotenz bei einem vorher potenten Mann, ja sogar ziemlich oft entschieden erhöhte Potenz — was L. damit erklärt, dafs durch die Operation der Venenplexus der Prostata teilweise durch aseptische Thromben verschlossen wird und bei der mit dem Alter fortschreitenden Neigung zu Venenerweiterung die Operation ähnlich, wie Ligatur oder Resektion der Dorsalvenen des Penis wirkt. Auch die Harnfunktionen erfuhren stets völlige Wiederherstellung, mag die Prostatektomie mit oberem Blasenschnitt in ein oder zwei Zeiten zur Ausführung gekommen sein. Bei den 16 Fällen war der längste Zwischenraum zwischen den zwei Operationen 20, der kürzeste zwei und der Durchschnitt etwa acht Tage, der Durchschnittsaufenthalt im Spitale 38 Tage bei nicht bösartigen Fällen. Die zweizeitige Operation empfiehlt sich vor allem dann, wenn der Patient zu schwach erscheint, um die vollständige Operation in einer Sitzung auszuhalten, aber auch in anderen Fällen wegen ihrer absoluten Gefahrlosigkeit (100 % Heilung). Kurze Beschreibung der 16 Fälle. *Stern-München.*

Beiträge und Bemerkungen zur Prostatectomia transvesicalis suprapubica, von Bruno Valentin. Diss. Würzburg 1910. Die Arbeit basiert auf 29 Fällen, die an der Würzburger chirurgischen Universitätsklinik zur Behandlung kamen. Das Durchschnittsalter der Patienten betrug 63 Jahre und 8½ Monate. Bei den meisten bestand eine Cystitis, welche durch protrahierten Katheterismus verursacht war; da gerade durch die Cystitis oder die sonstigen Komplikationen beim Katheterismus die meisten Todesfälle der Prostatektomie bedingt sind, so vertritt Verfasser den Stand-

punkt: Operation, sobald dauernde Störungen in der Urinentleerung auftreten. Es wurde in den vom Verfasser auszugsweise mitgeteilten Fällen ausnahmslos suprapubisch operiert, nachdem die Blase vorher mit Borlösung oder mit Sauerstoff gefüllt wurde. Die Operationsdauer betrug ca. zehn Minuten. Von den 29 Patienten hatten zwei ein Carcinom der Prostata, der eine von diesen lebte noch etwas über ein Jahr nach der Operation, der andere war noch in Behandlung. Die Gesamtmortalität beträgt etwas über 7%. Die mikroskopische Untersuchung ergab fast durchweg eine glanduläre Hypertrophie; die Behandlungsdauer, d. h. vom Operationstage bis zum Entlassungstage, betrug insgesamt 36 Tage. Der Dauererfolg, der durch Beantwortung von Fragebogen festgestellt wurde, war bei fast sämtlichen Patienten ein guter; die meisten erklärten spontan ihre Zufriedenheit. *Fritz Loeb-München.*

Demonstration von Präparaten zur suprapubischen Prostatektomie, sowie eines Falles von Hydronephrose, von A. Freudenberg-Berlin. (Verh. der Dtsch. Ges. f. Urologie. II. Kongr. in Berlin 1909.) Das eine Präparat erweist, daſs die Nische, aus der die Prostata enukleiert ist, klein und flach ist, und daſs Nische und Blase zusammen eigentlich nur eine groſse Höhle darstellen.

Andere Präparate zeigen, daſs die Kapsel, innerhalb deren enukleiert wird, einfach der durch die Adenomknoten plattgedrückte äuſserste Teil der Drüse selbst ist, in dem mikroskopisch Prostatagewebe nachweisbar ist. Aus diesem Grunde ist, wie Verfasser betont, die Regeneration der Prostata nach der suprapubischen Prostatektomie die Regel. *Arthur Schucht-Danzig.*

Zur transvesikalen Prostatektomie, von de Graeuwe-Brüssel. (*Journ. méd. de Bruxelles.* 1910. Nr. 48.) Der Verfasser empfiehlt die Kryoskopie als wichtiges diagnostisches Mittel, um sich vor Vornahme der Prostatektomie von der Nierenfunktion zu überzeugen, da ja oft Urämie und Anurie im Verlaufe der Operation auftreten. Ist $\triangle$ zwischen 0,58 und 0,57, so ist die Prognose günstig, ist $\triangle = 0{,}58$ oder 0,59, so ist die Prognose weniger günstig und bei $\triangle = 0{,}60$ ist die Prostatektomie kontraindiziert. Nach der Operation sollen Wunde und Blase zur Blutstillung mit Jodoformgaze austamponniert und breit drainiert werden. So vermeidet man sowohl Infektion als Phlebitis beinahe sicher. *Gunsett-Straſsburg.*

Drainage der Blase durch die Bauchwand als Ersatz für die Prostatektomie, von J. B. Pike-Loughborough. (*Brit. med. Journ.* 9. Juli 1910.) Kurzer Bericht über zwei Fälle, bei denen ein leidlicher Gesundheitszustand durch Cystotomie und Drainage erzielt wurde, nachdem eine weitere Operation sich als untunlich erwiesen hatte. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über die Autoplastik der Prostata, von Antonio Berti und Amelio Malesani-Padua. (*Morgagni.* Februar 1911. Bd. 53, Nr. 2.) Die Verfasser exstirpierten bei Katern die Prostata und brachten sie unter der Haut desselben Tieres zur Verheilung. Aus Untersuchungen, die in verschiedenen Zeiträumen nach der Transplantation gemacht wurden, ergab sich folgendes. In den ersten Tagen findet sich nur eine geringe, vorübergehende Reaktion des Bindegewebes. Nach zehn Tagen stellt sich eine beträchtliche Verminderung der peripheren Tubuli und Abplattung der zentralen ein, nach 14 Tagen beginnt die Kariokinese in vielen Epithelien und es entstehen Zellgruppen im interlobulären Bindegewebe, aber ohne Ausführungsgänge. Diese Zellgruppen vermehren sich immer mehr und bilden sich zuletzt zu Drüsentubuli um. Diese neugebildeten Tubuli erreichen bald ihre normale Zahl und Form wieder, ihr Epithel besteht dann wieder aus einer Reihe kubischer Zellen. Nach zwei Monaten kann die Drüse als normal sezernierend angesehen werden, allerdings ohne äuſsere Sekretion. *Gunsett-Straſsburg.*

e. *Nieren, Ureteren, Harn.*

Über die spezifische Bedeutung der Harnreaktion mit Liquor Bellostii bei Paralyse, von F. Stern-Kiel. (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 9.) Zur Nachprüfung der Beiselleschen Angaben (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 1) über diese Reaktion hat S. eine Serie von 100 Fällen in der psychiatrischen Klinik geprüft und kommt zu dem Resultat, daſs man der Probe als ein Symptom der progressiven Paralyse irgend welche Ausschlag gebende Bedeutung nicht zusprechen kann. Unter seinen zwölf Paralytikern, welche nicht durch Medikamente beeinfluſst waren und somit prompt hätten reagieren müssen, lieferten fünf mit einem völlig ungefärbten Niederschlag ein vollständig negatives Resultat; dagegen erhielt er unter 63 einwandsfreien andersartigen Fällen dreimal einen dunkelgrauen und 16 mal einen deutlich hellgrauen Niederschlag. Daſs etwa dieses negative Forschungsresultat durch Ungenauigkeiten in der Ausführung der Probe eine Erklärung finden könnte, erscheint nach der ausführlichen Mitteilung aller Details entschieden ausgeschlossen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Über Harnverfärbung nach Schwammgenuſs, von von Notthafft-München. (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 3.) Bei einem im allgemeinen gesunden Herrn stellte sich bei zwei Gelegenheiten ganz präzise eine dunkelrotbraune Verfärbung des Urins im Anschluſs an eine ziemlich ausgiebige Zufuhr von Wachholder-Milchlingen ein. Diese, einen roten Saft enthaltenden Pilze sind auch unter dem Namen echte Reizker oder Röſsling, Lactaria deliciosa, bekannt. Diese Farbwirkung des Schwammes auf den Urin scheint wenig bekannt zu sein. Die von Verfasser ausgeführten Untersuchungen des Urins ergaben keinerlei pathologische Verhältnisse, und es gelang auch nicht, einen bestimmten Farbstoff zu isolieren. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Der Rhythmus der Harnabsonderung und seine Veränderungen, von Bergouignan-Evian. (*Journ. d. pratic.* 1910. Nr. 18.) Nach Chiaïs - Evian scheidet ein Mensch, der morgens nüchtern nach Entleerung der Blase im Laufe einer Stunde eine bestimmte Menge harntreibenden Mineralwassers getrunken hat, während der nächsten $2^1/_2$—3 Stunden eine Urinmenge aus, die etwas gröſser ist als die zugeführte Flüssigkeitsmenge; die Diurese ist nach B.s Erfahrungen stärker, wenn diese drei Stunden in Ruhe und besonders wenn sie in horizontaler Lage verbracht werden. Aufrechte Haltung beeinträchtigt die Harnabsonderung bei Gesunden im allgemeinen nicht, bewirkt dagegen schon bei kleinen Störungen in den Verdauungs- oder Zirkulationsorganen, besonders aber bei Veränderungen in den Nieren eine Verringerung der Diurese.

Als „Opsiurie“ bezeichnen Gilbert und Lereboullet eine Verzögerung der Ausscheidung zugeführter Getränke durch die Nieren: sie soll die Folge einer die Wasserresorption im Darm verzögernden Drucksteigerung oder Blutüberfüllung in der Pfortader sein und eine beginnende Leberaffektion anzeigen. Bei vorgeschritteneren Leberkrankheiten beobachtet man „Anisurie“, d. i. abwechslungsweise auftretende Oligurie und Polyurie. „Nycturie“, Vermehrung der Harnabsonderung bei Nacht, ist fast stets der Ausdruck einer Nierenerkrankung; läſst sie sich durch die Behandlung beeinflussen, dann sind die Veränderungen der Nieren leichter Art, ist sie dagegen therapeutisch nicht beeinfluſsbar, dann liegt meist eine schwere interstitielle Nephritis vor. — Mineralwasserkuren wirken bei Kranken mit Opsiurie oder Nycturie häufig erst dann, wenn die Patienten wahrend des Trinkens und der folgenden zwei Stunden im Bett liegen: die Diurese wird dann stärker und Opsiurie und Nycturie verschwinden. In schweren Fällen allerdings versagen auch die in dieser Weise vorgenommenen Mineralwasserkuren. *Götz-München.*

Die Hautfaradisation ein wirksames Diuretikum, von Libotte. (*Journ. méd. de Brux.* 1910. Nr. 18.) Der Verfasser fand bei leichter Faradisation des Abdomens in der Gegend zwischen den letzten Rippen und des Nabels eine oft momentan auftretende Vermehrung der Diurese. Besonders wirksam war die Methode bei unkompensierten Herzfehlern, wo nach einer oder mehreren Sitzungen oft die tägliche Urinmenge verdoppelt und verdreifacht werden konnte. *Gunsett-Strafsburg.*

Untersuchungen über die Diät der Nierenkranken. Albuminoide Nahrungsmittel tierischer Herkunft, von G. Linossier und G. H. Lemoine. (*Presse méd.* 1910. Nr. 18.) Die albuminoiden Nahrungsmittel tierischer Herkunft haben roh genossen, alle, sogar die Milch, eine toxische Wirkung auf die Nieren. Da nur eine genügend lange Einwirkung des Magensaftes diese Wirkung zerstört, so müssen diese Nahrungsmittel besonders bei gestörter Magenfunktion vermieden werden. Beim Kochen wird diese Toxizität zerstört, deshalb soll man Nephritikern rohes Fleisch, rohe Eier und Milch verbieten. Letztere ist direkt schädlicher als gut gekochtes Fleisch. Sogenanntes schwarzes Fleisch kann erlaubt werden, wenn es genügend gekocht ist. *Gunsett-Strafsburg.*

Zylindroide im Urin, von L. Boros-Temesvar. (*Med. Klinik.* 1910. Nr. 21.) Autor fand in Urinen relativ häufig Zylindroide (Schleimzylinder, lange, spulwurmartig gekrümmte Gebilde, viel länger als Nierenzylinder) in sonst wenig verändertem Urin und deutete diesen Befund „als den Ausdruck einer mit Schleimbildung einhergehenden Entzündung des Nierenbeckens und der benachbarten Nierenpartien". Die Krankheit, welche er übrigens anscheinend nie selbst beobachtete — die Urine waren eingesandt — trat ziemlich akut auf und ging mit heftigen, von der Nierengegend ausstrahlenden Schmerzen einher. *Arthur Schucht-Danzig.*

Beobachtungen über einen eigentümlichen Proteinkörper im Urin, von J. Henderson-Glasgow. (*Lancet.* 16. April 1910.) Im Urin eines 47jährigen Bergmanns, dessen Krankheit mit gastrischen Störungen, vermehrter Diurese, Anämie und Marasmus vier Monate vor der Aufnahme sich geltend zu machen angefangen hatte, beobachtete Verfasser einen bei Erwärmung auf 56° C schon eintretenden flockigen Niederschlag (keine Phosphattrübung), der auf Zusatz eines Tropfens einer 20%igen Lösung von Essigsäure vollständig wieder verging. Fügte man dann Kalilauge bis zur Herstellung einer alkalischen Reaktion hinzu, so trat der Niederschlag wieder hervor. Ferner wurde konstatiert, dafs das Coagulum bei weiterer Erhöhung der Temperatur sich teilweise wieder löste. Die üblichen Reaktionen auf Proteine (Millon, Biaret, Liebermann usw.) ergaben positive Resultate. Mit den von Bence Jones, Kühne, Huppert u. a. beschriebenen seltenen Eiweifskörpern des Urins stimmte der vorliegende nicht überein. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Untersuchungen über die tuberkulöse Bazillurie bei der Phthisis pulmonum, von Giuliani und Faysse-Lyon. (*Lyon méd.* 1910. Nr. 45.) Die tuberkulöse Bazillurie bei Phthisikern existiert nicht, aufser wenn tuberkulöse Läsionen des Urogenitalsystems vorhanden sind. *Gunsett-Strafsburg.*

Riesenzellen im Harnsedimente bei Urogenitaltuberkulose, von Hans Steindl-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 49.) Bei einer 51jährigen Patientin, die eine tuberkulöse Affektion eines Teils des Urogenitaltraktes, speziell eine tuberkulöse Infiltration des Nierenbeckens mit Verkäsung und teilweisem Gewebezerfall hatte, fanden sich in dem Sediment des durch Ureterenkatheterisation gewonnenen Harnes keine Tuberkelbazillen, wohl aber Gebilde, die als Riesenzellen angesprochen werden mufsten. Verfasser glaubt, dafs der Nachweis von Riesenzellen im Harnsedimente als spezifisches Symptom für die Diagnose eines tuberkulösen Herdes anzusehen ist. *W. Lehmann-Stettin.*

Riesenzellen im Harnsedimente bei Urogenitaltuberkulose, von Hans Steindl-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 51.) Verfasser sieht sich genötigt, die Bedeutung seiner Befunde wesentlich einzuschränken, sie jedenfalls nicht als diagnostisches Mittel bei Urogenitaltuberkulose anzusehen. *W. Lehmann-Stettin.*

Der Nachweis von Tuberkelbazillen im Urin, von A. Szili-Budapest. (*Urologia,* Beiblatt der *Budapesti Orvosi Ujság.* 1910. Nr. 2.) Aus der Arbeit des Verfassers ist ersichtlich, dafs beim Nachweis der Tuberkelbazillen immer die Antiforminmethode angewendet werden mufs, und dafs noch immer das sicherste Reagens der tierische Organismus ist. *Porosz-Budapest.*

Über quantitative Eiweifsbestimmung nach Tsuchiya, von G. Schiemann-Königsberg. (*Centralbl. f. innere Med.* 1910. Nr. 31.) Der Verfasser prüfte das Tsuchiyasche Phosphorwolframsäureverfahren der Eiweifsbestimmung nach. Er fand, dafs dasselbe für die Untersuchung von Transsudaten und Exsudaten ebenso unbrauchbar ist als das alte Esbachsche. Für Urine fand er als einzigen eventuellen Vorzug die gröfsere Genauigkeit in der Ablesung der seltener sich findenden Eiweifswerte jenseits von 6 ‰. Unter diesen Umständen ist der Ersatz des alten Esbachschen Verfahrens durch dasjenige von Tsuchiya für die klinische Untersuchung nicht zu empfehlen. *Gunsett-Strafsburg.*

Die regulatorische Albuminurie, von Eschle. (*Fortschr. d. Med.* 1910. Nr. 27 u. 28.) Die Albuminurie ist nicht immer oder auch nur in der Mehrzahl der Fälle ein Zeichen lokaler Erkrankung der Niere, sondern ein Zeichen der mangelnden Fähigkeit des Blutes oder der Gewebe, Eiweifs zu binden oder es zu verarbeiten, es handelt sich dann um eine für die Fortexistenz des Organismus sehr bedeutsame regulatorisch-kompensatorische Leistung. *Haas-Hamburg.*

Zur Kenntnis der Obstipationsalbuminurie, von Roubitschek-Karlsbad. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 18.) Verfasser obstipierte Kaninchen durch Tannalbin und Opium. Bei allen Versuchen trat die Eiweifsausscheidung am vierten bis sechsten Tage auf. Die Harnmenge wird allmählich gröfser, im Harnsedimente treten zuerst rote und weifse Blutkörperchen, dann einzelne granulierte und epitheliale Zylinder, schliefslich vereinzelte hyaline auf. Mikroskopisch waren starke Blutmengen und trübe Schwellungen der Epithelien vorhanden. Die Sektionen ergaben als Ursache venöse Stauungen im Darm, in Leber, Milz und Nieren. *Arthur Schucht-Danzig.*

Über einseitige orthostatische Albuminurie, von Kurt Vorpahl-Stettin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 18.) Durch Ureterenkatheterismus wurde bei einem zwölfjährigen Mädchen mit linkskonvexer Lumbal- und kompensatorischer rechtskonvexer Dorsalskoliose festgestellt, dafs nur die rechte Niere Eiweifsreaktion gab. Dieses spricht für die Annahme Ichles, dafs die orthotische Albuminurie von rein statischen Störungen abhängig ist. Als Ursache nimmt Verfasser eine Zirkulationsstörung an, hervorgerufen durch Zerrung der skoliotischen Wirbelsäule an den Gefäfsen derjenigen Niere, welche auf ihrer konkaven Seite gelegen ist.

Arthur Schucht-Danzig.

Bemerkungen über einen Fall von funktioneller orthostatischer Albuminurie, von P. Nobécourt. (*Gaz. des hôp.* 1910. Nr. 23.) Der Verfasser fafst die Krankheit als Teilerscheinung eines allgemeinen Schwächezustands des Körpers auf, welcher sich aufserdem in Schwäche des Gefäfssystems, des Nervensystems, des Verdauungsapparats kund gibt. Oft zeigt die Cutireaktion eine latente Tuberkulose an, auf welche in prognostischer Hinsicht besonders geachtet werden mufs.

Gunsett-Strafsburg.

Klinische Studie über die sogenannte orthostatische Albuminurie, von G. Turretini. (*Rev. méd. de la Suisse rom.* 1910. Nr. 9.) Der Verfasser untersucht

an der Hand von zehn Fällen eigener Beobachtung die Pathogenese der orthostatischen Albuminurie. Er unterscheidet erstens die wahre orthostatische Albuminurie. Bei ihr spielen die Wachstumsstörungen eine dominierende Rolle, sie kommt besonders bei schnell Gewachsenen, Schwächlichen, Anämischen mit allen möglichen anderen Beschwerden vor. Niemals liegt eine renale Läsion vor, höchstens kann man von einer funktionellen Minderwertigkeit der Niere sprechen, die oft bei mehreren Familiengliedern vorhanden ist. Die Verstärkung der physiologischen lumbaren Lordose bringt bei diesen Kranken sofort Albuminurie hervor. Hierzu gehört auch die Albuminurie infolge beweglicher Niere.

Zweitens unterscheidet T. diejenigen orthostatischen Albuminurien, welche auf eine sichere oder wahrscheinliche Nierenläsion zurückzuführen sind. Hier zeigt die klinische Beobachtung, der Verlauf, die funktionelle Nierendiagnostik in jedem Fall bestimmt an, daſs es sich um einen nephritischen Prozeſs handelt, sei es nun, daſs eine Nephritis nachgewiesen werden kann, oder daſs letztere bisher latent verlaufen ist.

Gunsett-Straſsburg.

Über lordotische Albuminurie, von Rudolf Fischl-Prag. (*Med. Klinik.* 1910. Nr. 18.) Jeder Orthostatiker bietet die charakteristische Lendenlordose dar, dagegen scheidet nicht jedes mit Lendenlordose behaftete jugendliche Individuum Eiweiſs ab. Auſser dem mechanischen Faktor ist daher eine Disposition anzunehmen. Eine Albuminurie nephritischen Ursprungs läſst sich dadurch ausschlieſsen, daſs man den Patienten in eine Stellung bringt, welche die Lordose ausschlieſst und dann den Urin wieder untersucht. In einer Reihe von Fällen scheint das chronische Nierentrauma zu dauernder Schädigung der Niere zu führen, da Ausgang in Schrumpfniere vorkommt.

Durch wiederholte Lordosierung läſst sich experimentell bei Kaninchen Nephritis erzeugen.

Die Therapie ist eine orthopädische. *Arthur Schucht-Danzig.*

Die schulhygienische Bedeutung der lordotischen Albuminurie, von Ludwig Piesen. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1911. Nr. 1.) Schulkinder, welche auf fünf Minuten lordotischen Stehens mit hochgradiger Albuminurie antworteten, gaben auf Befragen an, daſs sie bei allen Gegenständen, wo sie zuzuhören hatten, mit über das Kreuz verschränkten Armen sitzen muſsten. Bei diesen Kindern, namentlich Mädchen, lieſs sich schon 5—10 Minuten nach Innehaltung dieser Sitzweise Eiweiſs im Harn nachweisen. Daraufhin hat Verfasser eine Reihe systematischer Untersuchungen an Kindern einer Bürgerschule vorgenommen und zieht daraus die Folgerungen, daſs: 1. das „Schulsitzen“ mit auf dem Kreuz verschränkten Armen schulbehördlich zu verbieten sei; 2. daſs die Disposition zu lordotischer Albuminurie mit dem Lebensalter steigt, im selben Alter um so gröſser ist, je länger das Kind ist.

W. Lehmann-Stettin.

Über die Albumosurie bei der Albuminurie, von Luigi Marendusso. (*Riforma med.* 1910. Nr. 49.) Nach des Verfassers Untersuchungen ist die bei Nephritiden häufig vorkommende Albumosurie nicht auf eine einfache Eliminierung von im Blute zirkulierenden Albumosen zurückzuführen, sondern auf eine Bildung derselben aus dem in den Harnwegen eliminierten Eiweiſs. Im Blute von Nephritikern wurden nie Albumosen gefunden. Diese Umformung des renalen Eiweiſses wird ausschlieſslich durch die proteolytischen Fermente des Urins, und ausnahmsweise durch das Ferment der polynukleären Leukocyten hervorgerufen. Die gemeinen pathogenen Bakterien spielen dabei gar keine Rolle. Da der Urin der untersuchten Fälle nur sehr kurze Zeit in der Blase geblieben war, so muſs eine vesikale Genese der Albumosurie ausgeschlossen werden. Zur Untersuchung auf Albumosen bediente sich der Verfasser der Guezdaschen Reaktion, mit der er voll zufrieden war. *Gunsett-Straſsburg.*

Chylurie, den Cercomonas hominis enthaltend, von CHARLES ROSENHECK und G. L. ROHDENBURG - New York. (*New York med. Journ.* 25. Febr. 1911.) Der bis jetzt in seiner Art einzige Fall betraf einen 19jährigen Neger. Die Chylurie wird bekanntlich in solche parasitären (Filaria) und nichtparasitären Ursprungs eingeteilt. Nachdem im vorliegenden Falle nach kurzer Zeit der Cercomonas aus dem Urin wieder verschwunden, die Chylurie aber noch vorhanden war, schliefsen Verfasser, dafs derselbe vielleicht in manchen „nichtparasitären" Fällen ätiologisch in Betracht komme. Der Cercomonas hominis wird im allgemeinen nicht selten und sogar oft an einer vom Verdauungskanal entfernten Stelle beim Menschen gefunden, aber der in diesem Falle wahrscheinliche Weg der Infektion per vias genitales (von einer Puella publica) dürfte noch kaum erwähnt sein. *Stern-München.*

Ein Fall von Filaria-Haematochylurie, von CREIGHTON WELLMANN und EDWARD VON ADELUNG - Oakland. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 54, Nr. 17.) Der Fall betraf einen 26jährigen Japaner. Die Behandlung mittels Chinin und Röntgenbestrahlungen brachte gute Erfolge. *Schourp-Danzig.*

Die essentiellen Hämaturien, von ROBINSON und JACOULET. (*Rev. de Chir.* 1910. Nr. 4.) Eine literarische Studie über die Hämaturien ohne anatomische Ursache. *Gunsett-Strafsburg.*

Über Hämaturie, von S. FARAGÓ-Budapest. (*Gyógyászat.* 1910. Nr. 24 und 25.) Nichts Neues. *Porosz-Budapest.*

Die Stoffwechselprozesse bei nicht-medikamentöser Hämatoporphyrinurie, von C. L. DANA-New York. (*Amer. Journ. med. scienc.* Febr. 1911.) Es wird hier recht ausführlich die Krankengeschichte eines 67jährigen Herrn mitgeteilt, bei welchem nach kurzdauernden Erscheinungen eines apoplektiformen Insults und vorübergehenden halluzinatorischen Störungen deutliches Vorhandensein von Hämatoporphyrin nebst geringen Mengen von Albumen im Urin konstatiert wurde. Die Diagnose lautete auf eine inkomplette Thromlose eines Gehirngefäfses mit Affizierung des linken Stirnlappens. An sieben Tagen wurde der Stickstoffgehalt des Urins analytisch festgestellt, wobei sich eine Vermehrung des Kreatinins und des Reststickstoffs ergab. Nach den Ergebnissen der Analyse hat das Auftreten des Hämatoporphyrins keinerlei Bezug auf eine Zerstörung von Blutkörperchen; und die Medikation konnte in diesem Fall auch nicht als ätiologisches Moment bezichtigt werden. Verfasser vermutet, dafs das Eintreten von Hämatoporphyrinurie nach Medikamenten wie Sulfonal, Trional und Tetronal auf eine Funktionsstörung der Leberzellen zurückzuführen ist; jedenfalls hat man in solchen Fällen gelegentlich auch fettige Entartung dieses Organs konstatiert. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Paroxysmale Hämoglobinurie, von HARRY W. GOODALL-Boston. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 54, Nr. 17.) Fall einer 30jährigen Frau. *Schourp-Danzig.*

Paroxysmatische Hämoglobinurie a frigore beim Pferde, von ADRIEN LUCET. (*Presse méd.* 1910. Nr. 45.) Die Hämoglobinurie des Pferdes ist durch eine rheumatische Myositis bestimmter Muskelgruppen, gewöhnlich Extensoren der hinteren Extremitäten, bedingt. Die Muskelveränderungen lassen sich auch in jedem Falle in Form von trüber Schwellung, granulöser und hyaliner Degeneration der Muskelfibrillen nachweisen. Zum Beweise, dafs es sich nicht um eine Hämoglobinämie handeln kann, welche die Hämoglobinurie hervorruft, spritzte der Verfasser einem Pferde 3 Liter einer isotonischen Lösung von Muskelhämoglobin ein, welche durch Mazeration von 2 kg Pferdemuskel in 4 Liter Wasser erhalten war. Es wurde genau der Symptomenkomplex der spontanen Hämoglobinurie hervorgerufen mit Vorhandensein von

Methämoglobin im Urin. Bei einer Injektion der doppelten Menge Bluthämoglobin hingegen blieb der Urin selbst bei spektraler Untersuchung vollkommen normal.

Gunsett-Straſsburg.

Beitrag zur Pathogenese der paroxysmalen Hämoglobinurie, von Királyfi. (*Folia Serolog.* 1910, Heft 3.) Verfassers Untersuchungen an der Hand eines typischen Falles von paroxysmaler Hämoglobinurie sprechen dafür, daſs die Hämolysine im Blutserum derartiger Kranker von streng spezifischem Charakter sind. Diese Spezifität, welche eben nur den menschlichen Blutkörperchen gegenüber besteht, bekräftigt noch um so mehr die ursprüngliche Annahme von Donath und Landsteiner, die in der Pathogenese der paroxysmalen Hämoglobinurie auf die im Blutserum kreisenden Hämolysine das Hauptgewicht legt. *Haas-Hamburg.*

Betrachtungen über zwei Fälle von paroxysmatischer Hämoglobinurie, von J. Lévy-Valensi. (*Gaz. des hôp.* 1910. Nr. 111.) In beiden Fällen war die Hämoglobinurie von hämolytischem Icterus infolge von Resistenzverminderung der roten Blutkörperchen begleitet, aber ohne daſs spezielle Hämolysine im Serum vorhanden waren. Die Urine hatten einen sehr charakteristischen, flüchtigen aromatischen Geruch. Nur in einem Falle konnte die Hämoglobinurie auf den von Foix und Salin angegebenen gemischten Mechanismus zurückgeführt werden, der in einer besonderen Empfindlichkeit der roten Blutkörperchen dem normalen Serum gegenüber besteht und in einer unterstützenden Wirkung der durch Kälte hervorgerufenen Nephritis, welche den Durchgang des Hämoglobins durch die Nieren erleichtert.

Gunsett-Straſsburg.

Beobachtungen an einem eigenartigen mit Muskellähmungen verbundenen Fall von Hämoglobinurie, von Friedrich Meyer-Betz-München. (*Dtsch. Arch. f. klin. Med.* 1910. Bd. 101, Heft 1 u. 2.) Der Verfasser hatte Gelegenheit, bei einem 13jährigen Jungen einen Fall von Hämoglobinurie zu beobachten, der besonders durch seine Kombination mit Muskellähmung interessant war. Aus den dabei konstatierten Tatsachen und den an dem Fall angestellten Versuchen zieht er folgende Schlüsse:

„Es gibt beim Memschen eine bisher noch nicht beschriebene und anscheinend sehr seltene Erkrankung, die, perakut mit einem Hämoglobinzerfall beginnend, zu einer schweren Muskelschädigung führt, deren Regeneration Wochen in Anspruch nimmt. Die Erkrankung zeigt Neigung zu öfterer Wiederkehr. Die Hämoglobinurie dieses Krankheitsfalles unterscheidet sich von der paroxysmalen Hämoglobinurie e frigore in wesentlichen Punkten: Abkühlungsversuche erzeugten keine Hämoglobinurie, das für die paroxysmale Hämoglobinurie charakteristische Hämolysin war nicht nachweisbar. Die Muskelveränderungen zeigen während der Rückbildung groſse Ähnlichkeit mit dem klinischen Bild der Dystrophia muscularis progressiva und zeichnen sich durch eigentümliche Reizkontrakturen aus. Hämoglobinurie und Muskeldegeneration stehen in innigem Zusammenhang, wodurch die Erkrankung eine weitgehende Vergleichung mit der Pferdehämoglobinurie zuläſst.“ *Gunsett-Straſsburg.*

Über die klinische Bedeutung der Indikanurie, von G. Baar-Portland. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 55, Nr. 19.) Mitteilungen von Beobachtungen bei 10000 untersuchten Urinen. Bei Patienten, bei denen der Darm operiert wurde, dauerte die Indikanausscheidung ungefähr acht Tage an. *Schourp-Danzig.*

Eine einfache Methode zur Differenzierung von Jod, Indikan, Skatol bei der Jafféschen Indikanreaktion, von B. Spiethoff-Jena. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 20.) Wenn man die Jaffésche Indikanfarbe mit einem Urin, der Jod oder Skatol enthält, ausführt, erhält man bekanntlich von diesen beiden Körpern eine mehr oder weniger deutliche Rotfärbung. Zusatz von Natriumhyposulfit läſst die Rotfärbung des Jods verschwinden, nicht aber die des Skatols. Wenn man aber den

durch Jod rot gefärbten Inhalt des Reagenzglases filtriert, so färbt sich plötzlich das Filtrierpapier in toto mehr oder weniger blau infolge seines Stärkegehalts, verliert aber beim Trocknen diese Blaufärbung wieder total. Die durch Indikan erzeugte Blaufärbung bei der JAFFÉschen Probe und die Rotfärbung des Skatols bleiben dagegen auf dem Filtrierpapier unverändert, und man erkennt (GENTZSCH) noch nach zwei Jahren an der Intensität der Färbung den Gehalt an diesen beiden Körpern.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Über die Isolierung von Kupfer aus Harn und Schweifs eines Messingarbeiters, von E. H. GOODMAN-Philadelphia. (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 12.) Bei einem 59jährigen Mann, der 47 Jahre in einer Messingfabrik gearbeitet hat und über gastrische Beschwerden klagte, fand Verfasser des Hemd an verschiedenen Stellen durch gröfsere und kleinere grüne Flecke verfärbt. Die chemische Untersuchung der Verfärbungen liefs unzweideutig das Vorhandensein von Kupfer erkennen. In einer von demselben Patienten ihm überbrachten 24stündigen Urinmenge von 1090 ccm fand Verfasser ferner 0,0980 g Kupfersulfit, was der durchaus nicht unerheblichen Menge von 0,0782 g Kupfer entsprechen würde. Vorausgesetzt, dafs keinerlei Täuschung vorliegt, würde dieser Fall entschieden zu weiteren Nachforschungen auffordern.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Oxalurie und die Behandlung von Oxalatsteinen, von MAGUIRE. (*Proceed. of the royal soc. of med.* Bd. 2 u. 3.) M. hat experimentell nachgewiesen, dafs Oxalatsteine zum Teil wenigstens sich auflösen in Lösungen von Natr. phosphor., die nicht konzentrierter sind, als sie sich im Urin durch interne Medikation herstellen lassen. Er gibt das Mittel in destilliertem Wasser aufgelöst (14 : 100 in 24 Stunden) in häufigen Zwischenräumen, möglichst zwischen den Mahlzeiten zu nehmen. Ein Patient von 44 Jahren, der an Hämaturie und schweren Schmerzanfällen in der rechten Seite litt, dabei einen kleinen Stein entleerte, der sich als aus Calciumoxalat bestehend erwies, wurde auf diesem Wege von seinen Beschwerden vollkommen befreit. M. hält es sogar für möglich, Steine, die aus abwechselnden Schichten von Oxalat und harnsauren Salzen bestehen, zur Auflösung zu bringen, indem abwechselnd Natr. phosphor. und alkalische Kaliumverbindungen gegeben werden.

W. Lehmann-Stettin.

Über Urobilinurie, von HUBER. (*Med. Klinik.* 1910. Nr. 2.) Das Urobilin entsteht im Darme. Normalerweise wird es aus dem Kot in das Pfortadersystem dauernd resorbiert und in der Leber festgehalten. Die Leber scheidet es in die Galle aus oder verwendet es zur Bilirubinbildung. Wenn das Urobilin unter besonderen Umständen in die Zirkulation gelangt, so dafs es in den Nieren zur Ausscheidung kommt oder in Transsudate gelangt, so kann dies nur darin seine Ursache haben, dafs die Leber das Absorptionsvermögen für Urobilin verloren hat. Dementsprechend finden wir Urobilinurie auch nur da, wo Störungen in der Funktion der Leber vorliegen.

Die Urobilinurie ist auch ein bequemes Mittel, um uns über die Durchgängigkeit des Ductus choledochus schnell zu orientieren, ohne dafs wir auf die Stuhlentleerung angewiesen wären. Finden wir bei Icterus im Urin kein Urobilin, so kann man sicher sein, dafs der Ductus choledochus absolut verschlossen ist.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Der Nachweis der Pentosen im Harn, von FERDINAND BLUMENTHAL-Berlin. (*Med. Klinik.* 1910. Nr. 14.) Die Probe von BIAL ist nur eine geringe Abänderung der vom Verfasser und SALKOWSKI angegebenen Orzinprobe. Verfasser hält beim Harn den Zusatz von Eisenchlorid (BIALsche Probe) für nicht praktisch, weil die Orzinprobe dann nicht mehr so eindeutig ist. Er empfiehlt bei Harnuntersuchung auf Pentose die Orzinreaktion in folgender Weise vorzunehmen: 3 ccm Harn werden mit etwa

5—6 ccm rauchender Salzsäure vom spezifischen Gewicht 1,19 und einer Messerspitze Orzin versetzt und zum Sieden erhitzt. Alsbald tritt bei Gegenwart von Pentose blaugrüne oder blauviolette Färbung ein. Bleibt dieselbe aus, so enthält der Harn keine Pentose. Hält man die Flüssigkeit noch einige Augenblicke im Sieden, so wird der Niederschlag dunkler und stärker. Nun hört man zu kochen auf. Scheiden sich grünblaue Flocken aus, so ist der Harn auf Pentose dringend verdächtig. Die JOLLESschen etwas abweichenden Vorschläge hält er für keine Verbesserung.

Arthur Schucht-Danzig.

Zur Ätiologie der Glykurie, von ROSENBERGER. (*Zentralbl. f. inn. Med.* 1910. Nr. 16.) R. berichtet über einen Fall, wo im Anschlufs an psychische Erregungen bei einem Mann von 55 Jahren vorübergehende Glykurie auftrat. Man mufs an derartige Vorkommnisse denken, um den Befund richtig zu deuten, und die Prognose richtig stellen zu können. *Haas-Hamburg.*

Die praktisch wertvollsten Methoden zum quantitativen Nachweis des Traubenzuckers in zuckerhaltigen wässerigen Lösungen und im diabetischen Harne. Vergleichende experimentelle Untersuchungen, von FRANZ GIMBEL. (Inaug.-Dissert. Heidelberg 1909.) *Fritz Loeb-München.*

Über ein neues Präzisionsgärungssaccharometer zur Bestimmung der Kohlenhydrate im Harn, von F. TOGGENBURG. (*Correspondenzbl. f. Schweiz. Ärzte.* 1911. Nr. 2.) T.s Saccharometer stellt eine Modifikation des LOHNSTEINschen Instrumentes dar, bei welchem vorteilhafter Weise das Gärungsgemisch nicht mit dem Quecksilber in Berührung kommt, eine Reinigung des letzteren daher nicht nötig ist; Verluste und daraus resultierende Ungenauigkeiten bei späteren Versuchen sind also ausgeschlossen. Von Vorteil ist ferner die Dichtung durch Glasschliff, die Verwendung von einheitlichem Material sowie die direkte Ätzung der Skala auf dem Instrument, das durch die Firma Niggli & Co., Zürich III, zum Preise von Fr. 15.— beziehbar ist.

Schourp-Danzig.

Daten zum Mechanismus der Zuckerabsonderung. (Die Wirkung der Dyspnoë auf Diabetes), von J. MAGYARY - KOSSA - Budapest. (*Orvosi Hetilap.* 1911. Nr. 4.) Bei schon lange früher vorgenommenen Tierversuchen machte Verfasser die Wahrnehmung, dafs das Einatmen der Kohlensäuregase auf die Zuckerabsonderung einen Einflufs übt: 1. die von der Kohlensäure verursachte Dyspnoë vermindert nicht die gesteigerte Menge des während der Phlorizin-Glykosurie abgesonderten Urins, vermindert aber 2. beinahe um die Hälfte die Menge des im Urin abgesonderten Zuckers. Auch die durch künstlichen Pneumothorax herhorgerufene Dyspnoë übt eine ähnliche Wirkung auf die Zuckerabsonderung aus. Der Hase, der unter physiologischen Verhältnissen während der Wirkung des Phlorizins in zwölf Stunden 2,96 g Dextrose abgesondert hat, urinierte im Pneumothoraxzustande bei derselben Phlorizindosis und unter vollkommen identischen Versuchsbedingungen nur 1,05 g Zucker. Der Phlorizin-„Diabetes“ gehört zu dem sogenannten Nierendiabetes. SCHILLING fand, dafs nach Exstirpation der einen Niere das Kaninchen bei Phlorizindiabetes viel weniger Zucker absondert als ein Kaninchen, das zwei Nieren hat. Das Resultat seiner Untersuchungen war: wenn die Nierennerven (N. renales proprii, wie sie KRAUSE nennt) auf beiden Seiten durchschnitten werden, vermindert sich die Zuckerabsonderung auf das Minimum. Ja, sie hört sogar in manchen Fällen ganz auf. Das Durchschneiden des Nervus splanchiricus, die Exstirpation des Plexus coeliacus, das Durchschneiden des Vagus und auch das Durchschneiden der Ischiadicus hat Zuckerabsonderung zur Folge. Phlorizin bringt nicht nur im Wege der Wirkung auf die Nieren die Zuckerabsonderung zustande, sondern es fällt der gröfsere Teil, das ursächliche Moment der Zuckerabsonderung auf das zentrale Nervensystem. Die Wirkung der Kohlensäure, die bei

Phlorizindiabetes auf die Zuckerabsonderung eine störende Wirkung ausübt, beruht wahrscheinlich darauf, daſs sie die Tätigkeit der Nierennerven oder das Zentrum der Zuckerabsonderung lähmt. Wenn man eine längere Zeit eine entsprechende Menge Trauben- oder Rohrzucker in das subcutane Bindegewebe der Versuchstiere injiziert, entstehen schwere Gewebsveränderungen, namentlich in der Leber und der Niere. Nach seinen alten Versuchen ist Diabetes im Wesen eigentlich nichts anderes, als eine seit längerer Zeit bestehende Autointoxikation mit Zucker. Verfasser sah in den Nieren seiner Versuchstiere dieselben Gewebsveränderungen, die seinerzeit FRERICHS in den Nieren der Diabetiker beobachtet hat. Acetessigsäure, Béta-Oxybuttersäure usw. zirkulieren in verschwindend geringer Menge in dem Blute der Diabetiker, und wenn sie vorhanden sind, sind sie nicht in Form von freien Säuren, also in einer viel weniger irritierenden chemischen Form, vorhanden. Andererseits pflegt mit dem Urin der Diabetiker täglich 200—300 g Zucker entleert zu werden, ja es kommen Fälle vor, in denen auch 800—1500 g abgesondert wird und diese Absonderung ist nicht transitorisch und sie kann sich auf Monate oder Jahre erstrecken. Und dieser mit dem Urin sich ausscheidende Zucker geht nicht nur für den Organismus verloren, sondern er vergiftet diesen auch. Die Zuckerarten, nicht per os genommen, üben auf den Organismus immer eine vielseitige und entschieden toxische Wirkung aus und mit der Unkenntnis dieser Wirkung kann es erklärt werden, daſs auch noch in der neuesten Zeit (1909) sich hervorragende Kliniker finden, die Äuſserungen zweifelhaften Wertes machen, z. B.: „bei Diabetes braucht man kein besonders groſses Gewicht darauf zu legen, daſs die „Zuckerfreiheit erreicht werde". Dagegen meint Verfasser, daſs bei der Therapie der Diabetes als erste und Hauptaufgabe angefangen werden muſs, daſs der Grad der Glykosurie mit allen zu Gebote stehenden Mitteln vermindert werde.

Porosz-Budapest.

Beitrag zur Klinik der überzähligen abnorm mündenden Ureteren, von ROBERT CRISTOFOLETTI. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 43.)

W. Lehmann-Stettin.

Ureterverschluſs durch gutartige Blasengeschwülste, von O. RUMPEL. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 24.) Verfasser erlebte es zweimal, daſs bei durchaus gutartiger Geschwulstbildung die Anzeichen der Harnstauung in einem Nierenbecken so im Mittelpunkt des Krankheitsbildes standen, daſs in beiden Fällen zuerst fälschlich die Diagnose des Nierensteins gestellt wurde. Insbesondere ist bei den flachen Papillomen die Möglichkeit eines Ureterenverschlusses vorhanden.

Arthur Schucht-Danzig.

Der Heilwert des Ureterkatheteresierens in Fällen von Anurie wegen einseitiger mechanischer Versperrung, von H. UNTERBERG - Budapest. (*Budapesti Orvosi Ujság.* 1910. Nr. 42.) Verfasser faſst seine Erfahrungen in folgendem zusammen: 1. In Fällen von Anurie, wenn mit Recht supponiert werden kann, daſs eine einseitige mechanische Ureterversperrung die Ursache des Leidens ist, nimmt man ein zweiseitiges Ureterkatheteresieren vor. 2. Auf der kranken Seite schiebt man den Katheter bis zum Hindernis hinauf (doch wende man weiter keine Gewalt an), dann führt man auf der gesunden Seite den Katheter bis zum Becken hinauf und wartet den Beginn der Harnabsonderung ab, die sich gewöhnlich sofort oder in einigen Minuten einstellt. 3. Nur in den Fällen, wenn der Harnfluſs nicht eintritt, muſs man mit Hilfe des Katheters das Hindernis beweglich zu machen trachten oder eventuell durch dasselbe hindurch oder darum bringen. 4. Wenn nach dem Katheteresieren der gesunden Seite die Harnabsonderung beginnt, so muſs das auf der anderen Seite befindliche Hindernis erst in einem späteren Zeitpunkte entfernt werden, wenn die Anurie aufgehört und der allgemeine Zustand des Patienten sich gebessert hat. 5. Wenn aber

infolge dieser Manipulationen die Diurese nicht sofort beginnt, muſs man eine Operation (Nephrotomie bzw. wenn die Anurie noch neueren Datums ist, die Ureterotomie) vornehmen. Die Prognose wird um so günstiger sein, je eher man die Operation vornimmt. 6. Wenn die Harnabsonderung nach dem Katheteresieren beginnt, aber in einer späteren Periode nach wiederholten Versuchen das mechanische Hindernis mit Ureterkatheteresierung nicht gelingt, so entfernt man den Stein mit einer Ureterotomie. Die Prognose der Operation ist unvergleichlich günstiger als die bei Anurie vorgenommene. *Poross-Budapest.*

Der Katheterismus der kompletten Harnverhaltung, von Carmelo Bruni. (*Riforma med.* 1910. Nr. 47.) Der Artikel enthält nur bekannte therapeutische Maſsnahmen. *Gunsett-Straſsburg.*

Ein Fall von Nierenstein von 50jährigem symptomenlosen Bestand, von C. J. Taylor-London. (*Brit. med. Journ.* 7. Mai 1910.) Der 60jährige Patient, Gärtnergehilfe, hatte als Kind bis zum siebenten Lebensjahr an Schmerzen und Krampfzuständen der rechten Seite gelitten. Erst zwei Jahre vor der Aufnahme traten wieder Beschwerden hervor, intensive Hämaturie, Schüttelfröste und Ohnmacht. Die Röntgenuntersuchung zeigte das Vorhandensein eines enormen Nierensteins. Derselbe wurde nach der erfolgreich ausgeführten Nephrektomie genauer untersucht: Gewicht etwa 142 g, Länge 9,5 cm × 3 × 6 cm. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ein enormer Nierenstein, von G. W. Ord-Richmond. (*Brit. med. Journ.* 20. Aug. 1910.) Patientin, eine 30jährige Köchin, hatte als Kind von zehn bis zwölf Jahren an heftigen Rückenschmerzen gelitten. Es wurden mit einem Zwischenraum von vier Monaten beide Nieren geöffnet, und eine groſse Menge Konkremente wurden entfernt; ein sehr groſser Stein hatte einen Umfang von 8 × 5 × 5 cm. Patientin ging nach einem etwa drei Jahre später eingetretenen Rezidiv zugrunde. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Endovesikale Teilung des Harnes und Ureterenkatheterismus, von Georges Luys-Paris. (*La Presse méd.* 1910. Nr. 80.) Der Verfasser hebt hervor, daſs mit seiner Methode der intravesikalen Harnseparation sehr genaue Resultate erzielt werden können, nur muſs man hierfür gewisse Vorsichtsmaſsregeln beobachten, die in Kürze folgende sind:

Der Patient muſs während der Untersuchung sitzen, derart, daſs der Stamm in senkrechter Lage erhalten wird. Die Lage des Instrumentes in der Blase muſs bei Frauen durch die Vagina, bei Männern durch das Rektum gemacht werden, da man nur auf diese Weise mit Sicherheit feststellen kann, daſs die Rundung des Separators gut dem Blasengrunde aufliegt. Der Urinaustritt durch die beiden Sonden muſs abwechselnd und nicht gleichzeitig geschehen, da dies in den meisten Fällen der Modus der Harnausscheidung aus den beiden Nieren ist. Ferner muſs darauf geachtet werden, daſs die beiden Harnportionen chemisch eine groſse Differenz darbieten müssen, namentlich was die Ausscheidung des Harnstoffes, ferner auch der Farbstoffe anbetrifft, damit man mit Sicherheit auf die Erkrankung der einen Niere schlieſsen darf und zur Entfernung derselben schreiten kann. Auf Grund einer einzigen Harnseparierung soll man keinen definitiven Entschluſs fassen, vielmehr gehören hierfür zwei, drei und auch mehr Untersuchungen. Nur wenn die Resultate übereinstimmen, kann man dieselben als definitiv und bleibend ansehen. Kleine Unterschiede in der Harnstoffausscheidung beider Nieren, etwa 3—4 g, sind in diagnostischer Beziehung nicht entscheidend, sondern es müssen gröſsere Unterschiede festgestellt werden. So konnte z. B. in einem Falle rechts 13,50 g und links 1,31 g Harnstoff gefunden werden; bei einer zweiten Untersuchung betrugen die Mengen 18,91 g bzw. 1,28 g. Auſserdem wurde links Eiweiſs bei beiden Untersuchungen gefunden, ferner wurde auf dieser

Seite nach Eingabe von Methylenblau der Harn farblos ausgeschieden, während er auf der rechten Seite 12 mg Farbstoff enthielt. Daraufhin wurde die Entfernung der linken, pyonephritisch erkrankten Niere vorgenommen und die betreffende Kranke heilte vollkommen. Die endovesikale Harnteilung schliefst keineswegs den Katheterismus der Ureteren aus; vielmehr soll auch diese Untersuchungsmethode sowie auch die Kystoskopie herangezogen werden, um in schwierigen Fällen die Diagnose zu sichern.

E. Toff-Braila.

Ureterenkatheterismus und intravesikale Trennung der Urine, von Heitz Boyer. (*Presse méd.* 1910. Nr. 51.) Der Verfasser zeigt an mehreren Fällen die diagnostischen Irrtümer, zu welchen die intravesikale Trennung der Urine Anlafs geben kann, während der Ureterenkatheterismus in jedem Fall ein sicheres Resultat gibt.

Gunsett-Strafsburg.

f. *Labien, Vagina usw.*

Ein Fall von Diphtherie der Vulva bei einem drei Jahre alten Kind, von L. Smith-Washington. (*New York med. Journ.* 7. Jan. 1911.) Zur Kasuistik dieser relativ seltenen Affektion, die im vorliegenden Falle, ohne dafs gleichzeitige Rachendiphtherie bestanden hatte, bakteriologisch festgestellt wurde und auf Anwendung des Diphtherieheilserums rasch zur Heilung kam. *Stern-München.*

Vulvitis, Vaginitis und Vulvovaginitis bei Kindern, von F. H. Maier-Philadelphia. (*Ther. Gaz.* Aug. 1910.) Nichts Neues. „Zur vollständigen Beseitigung der Erkrankung und zur Vermeidung von Rezidiven kann es unter Umständen notwendig werden, nicht nur die Schleimhaut der Harnröhre zu kauterisieren, sondern auch die Skeneschen Drüsen zu zerstören und die Bartholinschen Drüsen zu entfernen." Gute Resultate hat M. auch von der Vaccinebehandlung gesehen.

W. Lehmann-Stettin.

Gonokokken-Vulvovaginitis bei Kindern und Resultate der Vaccinebehandlung, von B. Wallace Hamilton - New York. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 54. Nr. 15.) Der Verfasser lobt die Vaccinetherapie, mittels der er von 84 Fällen über 85% durchschnittlich in 1½ Monaten heilen konnte. Unter aseptischen Kautelen sind die Vaccineinjektionen schmerzlos; der opsonische Index braucht notwendigerweise nicht bestimmt zu werden. *Schourp-Danzig.*

Die Vulvovaginitis kleiner Mädchen, von Th. Perrin-Lausanne. (*Allg. med. Ctrl.-Ztg.* 1910. Nr. 52.) Zur mikroskopischen Untersuchung entnimmt P. das Sekret aus Vulva, Urethra, Orificium vaginale uteri und Vagina. Je nach dem Befunde hat sich die Therapie auf alle Organteile zu erstrecken oder das eine oder andere speziell zu berücksichtigen. Zur Behandlung empfiehlt P. 10%ige Protargollösung in Glycerin; die Behandlung darf erst dann aufhören, wenn mehrere mikroskopische Kontrollen negativ ausgefallen sind. *Schourp-Danzig.*

Blennorrhoe und Komplikationen.

Diagnose blennorrhoischer Erkrankungen durch Komplementfixation, von Foix und Salin. (*Bull. méd.* 1910. Nr. 40.) Die Verfasser haben bei Fällen von Blennorrhoe, blennorrhoischer Arthritis und Salpingitis das Blut auf Komplementfixation untersucht. 32 mal war das Resultat positiv, 1 mal negativ und 1 mal zweifelhaft. Bei syphilitischen, tuberkulösen usw. Gelenkerkrankungen war das Resultat stets negativ. Das Verfahren kann also diagnostisch benutzt werden.

Richard Frühwald-Leipzig.

Zur Frage der Bedeutung der Gramschen Entfärbungsmethode für den Gonokokkennachweis, von Ernst R. W. Frank-Berlin. (*Med. Klinik.* 1910. Nr. 49.) Autor kritisiert die Gonokokkendiagnose Heiligs in seiner Arbeit: „Zur Frage der Kupierung der Blennorrhoe", wo derselbe von „einwandfreier Gram-Diagnose" spricht auf Grund der Gramfärbung, ohne das Vorhandensein von Eiterzellen. Natürlich erscheint durch diese Art der Diagnosenstellung „Gonococcus", gegen die viele berechtigte Einwände erhoben werden, die zitierte Arbeit nicht als wertvoll.

Arthur Schucht-Danzig.

„Goutte militaire" und Ehe, von Duchastelet. (*Bull. d. l. soc. franç. d. proph. san. et mor.* 4. Nov. 1910.) D. bespricht die Schwierigkeiten und Gewissenskonflikte, die für den Arzt entstehen, wenn er von einem Manne, der an zweifelhaftem Ausflusse leidet, um den Ehekonsens angegangen wird. Er spricht sich dahin aus, dafs derselbe gegeben werden könne, wenn eine mehrmalige Untersuchung eines serösen Ausflusses negativ war. Allzugrofse Rigorosität könne üble Folgen sowohl für das Individuum, wie für die Nation haben.

Sirédey wünscht die ungleich gröfsere Gefährlichkeit der Blennorrhoe für das Weib mehr hervorgehoben.

A. Renault meint, dafs in den meisten Fällen der chronische Ausflufs geheilt werden kann. Ist der bakteriologische Befund dauernd negativ, kann der Ehekonsens erteilt werden, doch müssen genaue Vorschriften zur Verhütung einer eventuellen Infektion und die Anweisung, beim geringsten Anzeichen den Arzt aufzusuchen, gegeben werden. Aufserdem eine lebhafte Debatte über den Titel, der an Stelle des undelikaten „goutte militaire" treten soll. Schliefslich wird „chronische Blennorrhoe" angenommen.

Richard Frühwald-Leipzig.

Blennorrhagie in einer Familie. Falsche Beschuldigung eines Sittlichkeitsverbrechens, von M. Dufour. (*Bull. méd.* 1910. Nr. 4.) Fall von Blennorrhoe bei einem vierjährigen Mädchen. Auf Befragen gab es an, von einem Nachbarn unzüchtig berührt worden zu sein. Da dieser völlig gesund war, ergaben die weiteren Nachforschungen, dafs die Eltern an Blennorrhoe litten. Das Kind kam jeden Morgen in deren Bett und hatte sich an dem beschmutzten Bettzeuge infiziert. Hätte der erwähnte Mann zufällig Tripper gehabt, wäre die Schuld auf ihm lasten geblieben.

Richard Frühwald-Leipzig.

Die Komplikationen der Blennorrhoe und ihre Behandlung, von Hahn. (*Fortschr. d. Med.* 1911. Nr. 3.) Dem Dermatologen nichts Neues bietend.

Haas-Hamburg.

Zur Frage der blennorrhoischen Allgemeininfektion, von Leede-Hamburg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 9.) Verfasser berichtet über einen 49 jährigen Seemann, welcher unter dem Krankheitsbilde einer schweren Polyarthritis zugrunde ging, und bei dem die Obduktion das Vorhandensein von Gonokokken im Gelenkeiter sowohl im Ausstrich als in Kultur ergab. Bei Lebzeiten war vergeblich an der Harnröhrenschleimhaut und an einem am Sulcus coronarius befindlichen Geschwür nach Gonokokken geforscht worden. L. glaubt, dafs durch ausgiebige Eröffnung der affizierten Gelenke der tötliche Ausgang hätte vermieden werden können, wie dies bei einem anderen kurz geschilderten ähnlichen Falle ihm gelungen ist.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Gonämie, von Marfan und Debré. (*Bull. méd.* 1910. Nr. 44.) Bei einem kleinen Mädchen mit Vulvovaginitis blennorrhoica traten typhöse Erscheinungen auf. Es entwickelte sich dann eine circumskripte Peritonitis, Endopericarditis und eine leichte Pleuritis. Im Blute wurden Gonokokken kulturell nachgewiesen. Am Herzen

blieben dauernde Veränderungen. Behandlung mit Gonokokkenvaccine und mit Meningokokkenheilserum blieben erfolglos. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Ein geheilter Fall von kryptogenetischer Sepsis, von R. Picker-Budapest. (*Orvosok Lapja.* 1910. Nr. 45.) Ein 28jähriger Patient erkrankte nach einem Beischlaf, dem vor acht Tagen ein drei Tage anhaltender Harnröhrenausfluſs vorausgegangen ist. Das rechte und linke Knie, der linke Knöchel, beide Handgelenke waren gedunsen, schmerzhaft. Er hatte auch längs der Rückenmarksäule, so auch in den Hüften, Schmerzen. Vor acht Monaten erkrankte er an dem Leiden vier Wochen lang, war bettlägerig und nach sechs Monaten konnte er nur auf einen Stock gestützt gehen. Auf das Eingangstor der Infektion weist wahrscheinlich nur der Urin hin, da in den herausgefischten Flocken unter dem Mikroskop Eiterzellen und ab und zu gramnegative Diplokokken nachgewiesen worden sind. Von letztern stellte sich erst nach acht Tagen im Kulturverfahren heraus, daſs es Gonokokken waren. Die Mastdarmuntersuchung ergab, daſs die Prostata, aber hauptsächlich die linksseitige Samenblase stark gedunsen ist und tief in den Mastdarm hineinragt. Die Behandlung bestand in der Massage des kranken Herdes. Zum Ausspülen benutzte Verfasser nur Wasser. Auf die Gelenke legte er Alkoholdunstumschläge und darüber elastische Binden als Druckverband und lieſs den Patienten sofort Gehversuche vornehmen. Drei Wochen später konnte der Patient wieder gehen. In der 33. Woche der Behandlung kam an Stelle der ausgebliebenen Gonokokken ein Diplococcus. Im Laufe der Behandlung verschwand die Gedunsenheit der erkrankten Gelenke. Während der Massagebehandlung trat Metastase auf, die nach kurzer Zeit wieder verschwand. Die erste rheumatische Erkrankung war Heilmitteln gegenüber refraktär. Verfasser kommt zum Schluſs, daſs auch die erste rheumatische Erkrankung eine klinisch latente genitale Infektion war. *Porosz-Budapest.*

Prophylaxe der Blennorrhoe der Neugeborenen, von F. Dimmer. (*Med. Blätter.* 1911. 1—2.) Die Blennorrhoe der Neugeborenen, die etwa in 67% der Fälle durch Gonokokken verursacht wird, ist durch das Credésche Verfahren der Einträufelung von 2%igem Arg. nitr. oder eines Ersatzpräparates bedeutend eingedämmt worden. Trotzdem hat sich seit Einführung des Verfahrens die Zahl der Blennorrhoeblinden nur um 4—8% vermindert. Dies hat seinen Grund darin, daſs die Argentumeinträufelung nur in Gebäranstalten prinzipiell durchgeführt wird, während sie in der allgemeinen Praxis weniger zur Anwendung kommt. Auſserdem kann sie nur die Frühinfektionen (unter der Geburt erfolgte) verhindern. Trotzdem und trotz anderer Einwände ist die obligatorische Einführung des Credéschen Verfahrens, das bei entsprechender Ausbildung und Unterweisung getrost den Hebammen überlassen werden kann, dringend zu empfehlen. Die Ausführung ist im Fürstentum Reuſs j. L., in Bayern und in Salzburg obligat und hat auſserordentlich segensreiche Erfolge erzielt. Die Spätinfektion kann durch entsprechende Unterweisung bei der Geburtsanmeldung, durch Ausgeben von Schriften usw. verhütet werden. Ist die Infektion erfolgt, ist so rasch als möglich die entsprechende Behandlung einzuleiten.
Richard Frühwald-Leipzig.

Über blennorrhoische Pyosalpingen, von Erich Opitz-Düsseldorf. (*Med. Klinik.* 1911. Nr. 2.) Die Cervixblennorrhoe im akuten Stadium ist ein Noli me tangere; die Behandlung bestehe aus Bettruhe, event. Mitteln zur Anregung der Diurese und Balsamicis. Bei Pyosalpinx ist im akuten Entzündungsstadium ebenfalls Bettruhe das wesentlichste; später werden Sitzbäder (Moorbäder) angewandt, ferner chemische Mittel intravaginal, z. B. Thiopinolkugeln. Die in schwierigeren Fällen erforderliche operative Behandlung besteht in Entfernung der Ovarien und Tuben.
Arthur Schucht-Danzig.

Ein Fall von Endocarditis gonococcica, erfolgreich mit Injektion von Gonokokkenserum behandelt, von W. Schiele und F. Dörbech. (*Petersb. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 45.) Bei einem Tripperkranken trat in der zweiten Woche nach Auspinselung der Harnröhre Dysurie und bald darauf eine Entzündung des rechten Schultergelenkes und eine schwere Endocarditis der Mitralis auf. Durch Injektion von 9×2 ccm Antigonokokkenserum wurden die Erscheinungen rasch zur restlosen Abheilung gebracht. Der Prozeſs in der Urethra wurde dagegen nicht beeinfluſst. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Blennorrhoische Keratose, von Robin und Fiessinger. (*Bull. méd.* 1911. S. 149.) Bei einem 31 jährigen Patienten traten nach einer blennorrhoischen Arthritis der Fingergelenke keratotische Herde auf dem Handrücken und der Handfläche auf. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Prostatitis blennorrhoica, Pyelitis usw., von Ludwig Waelsch. (*Handb. d. Geschlechtskrankh.* A. Hölder. Wien, 1910.) Den gröſsten Teil dieses Heftes nimmt eine erschöpfende Besprechung der Symptomatologie, Klinik, Diagnose und Differentialdiagnose, besonders aber der Therapie der blennorrhoischen Prostatitis, dieser häufigen Komplikation des Trippers, ein. Aber auch die anderen Erkrankungen des uropoetischen Systems bei Tripper, Pyelitis, Pyelonephritis, Ureteritis, Spermatocystitis und Cowperitis sind eingehend abgehandelt. Ausführliches Literaturverzeichnis. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Zur Diagnose und Behandlung der Prostatitis blennorrhoica chronica, von Scharff. (Aus Kollmann-Oberländer, chron. Blennorrhoe, 2. Aufl.) Wenn es nicht gelingt, durch digitale Expression Prostatasekret zur Sicherstellung der Diagnose zu gewinnen, weist Verfasser den Patienten an, gelegentlich eines harten Stuhlganges vorerst die Blase zu entleeren und dann die residualen Harntropfen, die beim Passieren der Kotsäule durch den Sphinkter abgehen, aufzufangen. In ihnen läſst sich dann leicht pathologisches Sekret nachweisen. Therapeutisch kommen von Medikamenten Ichthyol in Form von Mikroklysmen und Schwefel innerlich in Betracht. Die souveräne Behandlungsmethode bleibt die digitale Prostatamassage, die aber erst einsetzen soll, wenn die umliegenden Gewebe massiert worden sind. Ist die Prostata stark hyperaesthetisch, muſs zuerst Elektrisierung des Organes nach verschiedenen Methoden vorgenommen werden, doch muſs hierbei, namentlich bei bestehender Spermatorrhoe, vor allen starken Strömen gewarnt werden. Bei starrer Infiltration des Organs leisten Röntgenstrahlen und thermische Reize ausgezeichnete Dienste. Gegen Tenesmus bei Cystitis ist rektale Hyperämie das beste Mittel. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Hautkrankheiten bei Blennorrhoe, von A. Buschke. (*Handb. d. Geschlechtskrankh.* A. Hölder. Wien, 1910.) Die Fortsetzung dieses Sammelwerkes bringt zunächst aus der Feder Buschkes eine Sichtung und kritische Beleuchtung der in der Literatur niedergelegten Mitteilungen über Hautaffektionen bei Blennorrhoe. Er bespricht zuerst die blennorrhoischen Follikulitiden, Ulcerationen und Abscesse. Der gröſste Teil des Aufsatzes ist den eigentlichen blennorrhoischen Exanthemen, den Erythemen, den urtikariellen und papulösen Ausschlägen und den Hyperkeratosen gewidmet. Bezüglich der Pathogenese dieser Dermatosen spricht sich Buschke dahin aus, daſs die Erklärung als Reflexerscheinungen von der Urethra aus nicht begründet ist, sondern ungezwungener eine direkte Wirkung der Gonokokken oder ihrer Toxine anzunehmen ist. Ausführliches Literaturverzeichnis. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Dilatatio provocatoria urethrae, als ein Mittel zur Erkennung der chronischen Blennorrhoe, von Markow. *Wratschebnaja Gaseta.* 1911. Nr. 9, S. 305.) M. rühmt die Harnröhrendilatatoren zur Erkennung von Tripperresten und hat auf

diese Weise festgestellt, daſs der chronische Tripper in 50% seiner Fälle nur die vordere Harnröhre betraf. *Arthur Jordan-Moskau.*

Die chirurgische Behandlung der Epididymitis blennorrhoica, von H. Unterberg-Budapest. (*Gyógyászat.* 1910. Nr. 44.) Eine lange Zeit war die Epididymitis blennorrhoica ein „Noli me tangere". Auch die Ärzte haben in gewissen Fällen die Erfahrung gemacht, daſs sich einzelne Patienten nicht geheilt fühlten. Jahre hindurch währende Unannehmlichkeiten, sich zeitweise wiederholende Schmerzen, ferner Rezidive werden von der Epididymitis blennorrhoica hervorgerufen. Ein groſser Teil der Fälle verläuft milde, spurlos. Bei der Epididymitis gravis sind aber die phlegmonischen Symptome sehr heftig. Bei solchen Patienten findet man nichts anderes als eine mächtige, harte, auſsergewöhnlich schmerzhafte Masse, in der man die im Scrotum befindlichen einzelnen Bestandteile nicht unterscheiden kann. Die Scrotalhaut ist rot und an die tieferen Teile fixiert; sehr hohes Fieber. Das Wesen der Epididymitis blennorrhoica ist nichts anderes als eine phlegmonöse Lymphangitis und Perilymphangitis, bei der die Eiterbildung minimal ist. Die hochgradige Gedunsenheit ruft die starke Exsudation zwischen den Hüllen hervor. Nach Verlauf dieser akuten Periode entstehen manchmal kleine Abscesse in dem Nebenhoden, eventuell um die Nebenhoden herum, die mit sklerotischem Bindegewebe umgeben sind und langsam, oft erst nach Jahren, resorbiert werden. Sie führen auch oft zu Rezidiven. Baerman machte in akuten Fällen mehrere Stiche in den Nebenhoden und war mit dem Resultate sehr zufrieden. Nach dem Verfasser hatte die Operation überhaupt nicht den gewünschten Erfolg. Betfield empfielt die Inzision des Nebenhodens und näht nach dem Einschnitt die Ränder an die Haut. Baset empfiehlt, daſs der Nebenhoden in der Länge von 3 cm eröffnet und die Herde ausgekratzt werden. In 65 Fällen nahm er die Operation mit gutem Erfolge vor. Verfasser verbesserte das Verfahren. Auf der äuſseren Fläche des Scrotums, entsprechend der anatomischen Stelle des Nebenhodens schnitt er die Haut in einer Länge von 6 bis 8 cm auf und er vertiefte den Schnitt in seiner ganzen Länge so weit, bis er auf die Tunica propria des Nebenhodens kam, die sich infolge der starken Spannung ausstülpte. Das Gewebe des Nebenhodens verschonte er ganz. Die Tunica propria fixierte er mit je zwei Nähten an den Rand der Haut, und die Wundhöhle tamponierte er locker. Die Operation nahm er unter lokaler Cocainanästhesie vor; sie war überhaupt nicht schmerzhaft. Nur das unvermeidliche Drücken des Scrotums während der Operation löste manchmal ein Schmerzgefühl aus. Die Operation wurde in vier Fällen von Epididymitis gravis ausgeführt und das Resultat war frappant. In allen vier Fällen hörten die Schmerzen zwei bis drei Stunden nach der Operation beinahe ganz auf, in drei Fällen fiel die Temperatur nach einigen Stunden beinahe auf 37°, nur in einem Falle blieb sie zwölf Stunden lang über 39° und sank dann rapid unter 37°. Der Schmerz und das Fieber kamen nicht wieder zurück und die Patienten verlieſsen nach der vormittags vorgenommenen Operation noch an demselben Tage nachmittags das Bett. Die Nähte wurden am fünften Tage nach der Operation entfernt. Die Gedunsenheit bildete sich rasch zurück, die Wunde heilte schnell, die Patienten waren einige Tage nach der Operation arbeitsfähig. Zwei der Patienten beobachtete Verfasser zwei Jahre lang. Die Operationsspuren können in den Nebenhoden nicht mehr entdeckt, ein indurierter Herd kann nicht herausgefühlt werden. Die Operation alteriert das Gewebe überhaupt nicht und darf nur in Fällen von Epididymitis gravis gemacht werden. Jeder leichtere Fall heilt ohne Operation. In chronischen Fällen kann oft die Druckempfindlichkeit und häufig auch die zeitweilig wiederkehrende spontane Empfindlichkeit beobachtet werden. In längeren oder kürzeren Intervallen macht das auftretende Rezidiv — ohne jeden besonderen Grund — das Übel für den Patienten

peinlich und stört ihn in der Arbeitsfähigkeit. Die Ursache blieb immer in den Nebenhoden zurück, manchmal nur ein minimaler Abscefs, eventuell mehrere kleine, sozusagen mikroskopische Herde. Wenn die Herde nur von geringem Umfange sind, kann man sich mit der Inzision des Nebenhodens und mit der Eröffnung des wahrscheinlich solitären Herdes zufrieden geben. Wenn jedoch der Nebenhoden sehr voluminös ist, können die unbedingt bestehenden zahlreichen entzündlichen Herde in dieser Weise nicht eröffnet werden. Verfasser illustriert seine Methode durch vier ausführliche Krankengeschichten. *Porosz-Budapest.*

Autoinokulation und Massage bei einem Falle von blennorrhoischer Synovitis, von J. R. R. Trist-London. (*Lancet* Febr. 1911.) Bei einem abklingenden Anfall von Gonitis blennorrhoica bei einem 26jährigen Manne wandte T. einmalige Massage an, worauf eine prompte Temperatursteigerung eintrat. Nach dem Vergehen des Fiebers wurde die Massage wiederholt, wobei eine geringe Reaktion eintrat. Dies wurde einige Male wiederholt, bis in etwa acht Wochen völlige Genesung eingetreten war. Verfasser deutet den Vorgang als eine Autoinokulierung, doch will er selbst die Methode nicht zur weiteren Verbreitung empfehlen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Der Rheumatismus blennorrhoicus, von Jules Gaudy. (*Policlinique de Brux.* 1910. Nr. 24.) Eine kurze Zusammenfassung von Verlauf und Therapie des blennorrhoischen Rheumatismus. *Gunsett-Straßburg.*

Über Tripperrheumatismus, von G. Hahn-Breslau. (*Med. Klinik.* 1910. Nr. 52.) Klinischer Vortrag. Die Vaccinetherapie des Tripperrheumatismus wird mit den Empfehlungen durch Bruck, Schindler u. a. von zahlreichen Praktikern mit bestem Erfolg in gröfserem Mafsstabe geübt, als es nach der kurzen Erwähnung hier den Anschein hat. *Arthur Schucht-Danzig.*

Behandlung der blennorrhoischen Arthritiden mit radioaktivem Schlamm, von Alex. Renault. (*Bull. med.* 1910. S. 1120.) Das erkrankte Gelenk wird mit dem Schlamme bedeckt und mit einer Kompresse, einem wasserdichtem Stoffe und Watte umwickelt. Diaser Unschlag ist dauernd und wird täglich gewechselt. Durch diese Therapie sah R. rasch die Schmerzen verschwinden und die Resorption des Exsudates beginnen. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Blennorrhoische Arthritis und deren Behandlung, von William Murrell. (*Edinb. med. Journ.* Oktober 1910.) M. tritt vor allem der allgemeinen Auffassung entgegen, als ob blennorrhoische Arthritis beinahe ausschliefslich bei Männern vorkäme; er fand sie vielmehr in den letzten Jahren häufiger beim weiblichen Geschlechte, besonders den Dienstboten. Die Zwischenzeit zwischen blennorrhoischer Infektion und dem Beginn der Gelenkmanifestationen ist eine sehr verschiedene in den einzelnen Fällen: wenige Tage oder einige Wochen betragend. Was die Gelenke betrifft, die von der blennorrhoischen Infektion befallen werden, so glaubt M. nicht, dafs das Kniegelenk, wie so häufig angenommen werde, vorzüglich in Betracht komme, vielmehr fand er beinahe ebenso oft Hüft-, Hand-, Ellenbogen- und Schultergelenk affiziert. Eine Zeit lang behandelte er eine Anzahl Fälle mit Antigonokokkenserum (25 ccm auf drei Portionen innerhalb 24 Stunden), kam aber zu dem Schlufsergebnisse, dafs dasselbe von keinem oder nur geringem therapeutischem Wert sei. Viel mehr Erfolg gab die Behandlung mit der blennorrhoischen Vaccine, und zwar vor allem mit der autochthonen, die aber nur selten zu erhalten ist, da mit dem Einsetzen der Arthritis meist der Ausflufs aus der Harnröhre aufhört und aus dem Gelenksexsudat auch geübte Forscher nur selten Gonokokken gewinnen können. Mangels einer autochthonen mufs man sich der Stockvaccine bedienen, von der Dosen von einer bis zwei Millionen als wirksam befunden wurden; kleine Dosen, in kurzen Zwischenräumen gegeben, waren von gröfserem Erfolg als grofse in langen Zwischenräumen. Bei blennorrhoischer

Iritis, einer als sehr hartnäckig bekannten Komplikation, waren die Symptome nach 3—4 Tagen, bei der Arthritis nach 36—48 Stunden bedeutend gebessert. Eine der Hauptgefahren der blennorrhoischen Arthritis ist nachfolgende fibröse Ankylose, was oft mit der falschen Anwendung eines Schienenverbandes zusammenhängt. Passive Bewegung ist in solchen Fällen sehr wichtig und M. hat Erfolg von lokalen Fibrolysin- und Tijodininjektionen gesehen. Anführung einiger mit Vaccine behandelter Fälle.

Stern-München.

Die Behandlung der blennorrhoischen Arthritis mittels von Gonokokken hergestellten Vaccinen, von H. F. Hartwell - Boston. (*Publ. Massachusetts Gen. Hosp.* Okt. 1910.) Es wird hier über eine Serie von 51 Fällen von blennorrhoischen Gelenkaffektionen berichtet, bei denen neben der Behandlung der Urethritis, soweit dies erforderlich war, mit den sonst üblichen Mitteln, die Wirkung von Vaccinen auf die Gelenkaffektionen erprobt wurde. Die Vaccinen wurden teils autogen, von den von dem Patienten selbst gelieferten Kokken, teils von Stammkulturen hergestellt. Die ersteren erwiesen sich im allgemeinen als wirkungsvoller, doch konnte auch mit guten Stammkulturen ein befriedigendes Resultat erzielt werden. Die Herstellung der Vaccine erfolgte von 24 Stunden alten auf Hydrocelenagar gezüchteten Kulturen. Man entnahm die Kultur durch Abspülen mit physiologischer Kochsalzlösung und sterilisierte entweder durch einstündiges Erhitzen auf 60° C. oder durch zwölfstündiges Einwirken reiner Lysollösung (1 : 400) nach vorheriger Abkühlung im Eisschrank. Akute Fälle erhielten Injektionen in der Stärke anfangs von 10 bis 25 Millionen Kokken mit allmählicher Steigerung auf etwa 100 Millionen in Zwischenräumen von zwei bis vier Tagen. Bei chronischen Prozessen wurden die Intervalle auf fünf bis acht Tage ausgedehnt; die Dosis wurde oft auf 500 und 600 Millionen gesteigert. Die Resultate waren im allgemeinen günstig, in manchen Fällen sogar überraschend. Gegen Ankylosen ist das Verfahren allerdings auch machtlos, und bei frischen Fällen sieht man gelegentlich ein Fortschreiten auf weitere Gelenke trotz der Behandlung. Rezidive hatte Verfasser sechs zu verzeichnen, von denen freilich fünf auf eine neuerliche Infektion per urethram zurückzuführen waren. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Verschiedenes.

Für den vom 25. bis 29. September 1911 in Rom stattfindenden **VII. Internationalen Dermatologenkongreſs** liegen bereits zahlreiche Anmeldungen vor. Das definitive Programm erscheint in der zweiten Hälfte des Monats Mai, daher müssen eventuelle Vorträge spätestens bis zum 10. bis 15. Mai angemeldet werden. Erwünscht ist die gleichzeitige Einsendung einer ganz kurzen Zusammenfassung von höchstens vier bis fünf Drucklinien, die in das Programm mit aufgenommen wird.

Zum Zwecke einer Preisermäſsigung wird auf allen italienischen Bahnhöfen ein besonderes Billet (Tessera) im Preise von Fr. 10,50 verkauft. Hiermit wird zugleich ein Heft von acht Blättern verabfolgt, von denen jedes für eine einfache Reise zum ermäſsigten Preise von 40—60 %, je nach der Länge der Strecke, verwendet werden kann.

Die Gültigkeit des Heftes erstreckt sich auf 45 Tage und auf alle Züge.

Die Agenturen Cook (Esedra di Termini, Roma) und „Chiari-Sommariva" (Rom, Piazza Venezia) haben es übernommen, für Wohnung in den Hotels usw. in allen gröſseren italienischen Städten zu sorgen.

Zu jeder weiteren Auskunft ist der Generalsekretär für Deutschland Sanitätsrat Dr. O. Rosenthal, Berlin W, Potsdamerstr. 121g, bereit.

Der VII. internationale Dermatologenkongrefs in Rom ist mit Rücksicht auf andere in der zweiten Hälte des Monats September dort stattfindenden Kongresse vom 25. bis 29. auf die Woche vom 18. bis 23. September verlegt worden. Für die vom Organisationskomitee aufgestellten Themata sind folgende Referenten ernannt worden:

1. Welchen Einflufs haben die neuen ätiologischen und experimentellen Untersuchungen auf die Richtung der Syphilisbehandlung und auf die Möglichkeit der Immunisierung und einer radikalen oder abortiven Behandlung der Infektion ausgeübt? Referent: Neisser. Korreferenten: Ehrlich, Finger, Hallopeau, Milian, Truffi.

2. Resultate der physikalischen Therapie der Hautkrankheiten. Referent: Pellizzari. Korreferenten: Schiff, Wickham, Malcolm Morris, Breda, Rosenthal, Holländer, Forchhammer, Pini.

3. Blastomykose, Sporotrichose und Beziehungen zu analogen Prozessen. Referenten: de Beurmann und Gougerot. Korreferenten: Ravogli, Buschke, Gilchrist, Splendore, Vignolo-Lutati, Pasini.

Von den medizinischen Universitätsschriften. Tatsachen und Anregungen, von F. Loeb-München. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 45.) Nach dem offiziellen Verzeichnis betrug die Zahl der in Deutschland im Jahre 1908/09 an den Universitäten ausgearbeiteten Publikationen mehr als 4000, worunter 1154 medizinische Dissertationen zu zählen sind. Verfasser erkennt an, dafs der wissenschaftliche Wert dieser Arbeiten in den letzten Jahren zweifellos sich gehoben hat, es könnte aber sehr wohl viel mehr erreicht werden, namentlich durch planmäfsige Verwertung z. B. des zu Gebote stehenden statistischen Materials. So wäre an den gröfseren Kliniken in etwa fünfjährigen Perioden eine übersichtliche Zusammenstellung sämtlicher zur Behandlung gekommener Fälle als eine sehr lohnende Arbeit zu empfehlen. Ferner wünscht L., dafs zur Prüfung neuer Heilmittel eine Verständigung unter den Anstaltsleitern erzielt werde, damit diese Untersuchungen und die diesbezüglichen Publikationen weniger regellos und unter mehr einheitlichen Gesichtspunkten ausgeführt werden. Auch könnte die Form der Dissertationen verbessert und durch eine kurze Inhaltsangabe am Schlusse nützlich ergänzt werden. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Desinfektion der Haut vor der Operation mit Petroleum und Benzin. (*Presse méd.* 1910. Nr. 45.) C. Zatti reibt die Haut zuerst 1 bis 1¹/₂ Minuten lang mit einem in Petroleum getauchten Wattebausch ab. Darauf wird sie eine halbe Minute lang mit Benzin abgerieben. Die Haut ist dann vollständig rein und etwas fettig, was Flüssigkeiten und Blut am Anhaften hindert.

Zatti machte mit dieser Desinfektionsmethode Operationen an Gliedern, Brust und Abdomen, ohne je eine Infektion zu bekommen. *Gunsett-Strafsburg.*

Zur Methodik der Venenpunktion und der intravenösen Injektionen, insbesondere auch solcher von undefibriniertem Menschenblut, von F. Moritz-Strafsburg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 8.) Zur Venenstauung sowohl bei der Salvarsaninjektion als auch zur Blutentnahme und auch für sonstige Zwecke hat M. eine sehr praktische Manschette konstruiert, welche bei einfachster Handhabung einesteils eine gut graduierte Abschnürung und anderenteils die Möglichkeit einer sofortigen leichten Ablösung bietet. Ferner schildert er die von ihm bei den verschiedenen endovenösen Injektionen bevorzugte Methodik. Es ist aber nicht gut möglich, ohne die beigegebenen Abbildungen die Einzelheiten verständlich im Referate wiederzugeben. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 52. № 12. 15. Juni 1911.

Aus der Klinik für Haut- und venerische Krankheiten der Kaiserlichen Universität in Moskau (Vorst.: Prof. A. POSPELOW).

Ein Apparat zur intravenösen Anwendung des Salvarsans („606").

Von

N. TSCHERNOGUBOW.

Vortrag, gehalten in der Sitzung der Moskauer venerologischen und dermatologischen Gesellschaft vom 26. November 1910.

Mit zwei Abbildungen im Text.

Die intravenöse Injektion des Salvarsans bietet in Anbetracht der äufserst grofsen Unbequemlichkeit der übrigen Einführungsarten dieses Mittels ganz ausschliefsliche Vorzüge, und man darf wohl sagen, dafs von der leichten und bequemen Ausführbarkeit dieser Injektionen in der ärztlichen Praxis in hohem Grade das Schicksal des Salvarsans selbst als antisyphilitisches Heilmittel abhängt.

Obgleich es eine Anzahl mehr oder weniger zweckmäfsiger Instrumente zur Ausführung der intravenösen Injektionen gibt, so scheint uns das in Prof. A. POSPELOWS Klinik in Anwendung kommende gewisse Vorzüge zu besitzen.

Dieser Apparat besteht aus zwei (s. Fig. 1) in Kubikzentimeter geteilten, 350 g fassenden Flaschen (606 und NaCl) mit hermetisch schliefsenden Gummipfropfen. Ein jeder der Pfropfen ist mit zwei geradwinklig gebogenen Glasrohren versehen, deren eines bis auf den Boden des Gefäfses reicht (*a*), das andere (*b*) unmittelbar unterhalb des Pfropfens endet. Die langen Rohre sind mittels eines Gummischlauches mit den zwei Schenkeln des dreischenkligen Hahnes verbunden, dessen dritter Schenkel ist mittels eines solchen Schlauches mit der Kanüle (*d*) für die Nadel (*e*) verbunden. Der Hahn (*c*) ist so eingerichtet, dafs er entweder alle Schenkel schliefst (mittlere Stellung), oder die Kanüle mit dem einen oder dem anderen langen Rohr des Apparates verbindet (getrennt! Seitendrehung). Die äufseren Enden der kurzen Rohre sind durch einen Gummischlauch mit

den zwei Schenkeln des dreischenkligen Rohres (*n*) verbunden, dessen dritter Schenkel mit einer locker mit Watte angefüllten kleinen Glasampoule (*f*), auf deren anderes Ende ein Gummidruckballon (*g*) angesetzt ist, verbunden ist. Der den Hahn mit der Kanüle verbindende Schlauch ist durch zwei Glasröhrchen, einem engen, neben dem Hahn (*h*) und einem kugelförmigen neben der Kanüle (*k*), unterbrochen.

Der Apparat wird in einem Autoklav sterilisiert, wobei das eine Gläschen mit einem zweiten angeschliffenen Glasstöpsel (*l*) verschlossen, getrennt, alle übrigen Teile des Apparates zusammen (der Gummipfropfen mit den Glasrohren des ersten Fläschchens und die Kanüle werden dabei selbstverständlich in Papier gewickelt) sterilisiert.

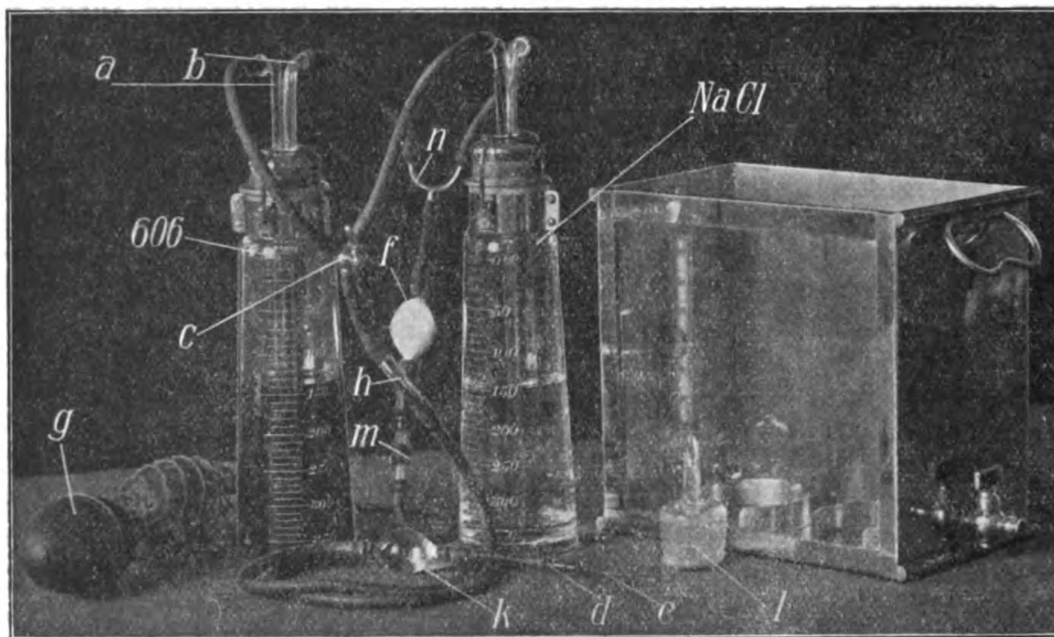


Fig. 1.

Das Salvarsan wird in dem Fläschchen mit dem angeriebenen Glasstöpsel (606), welches ein starkes Umschütteln der Flüssigkeit möglich macht, aufgelöst; alsdann wird der Glasstöpsel durch den Gummipfropfen mit den Glasrohren ersetzt und durch den hermetischen Verschlufs verschlossen; nachdem man den Druckballon (*g*) auf den Wattefilter (*f*) aufgestülpt und das lange Rohr (*a*) dieses Apparates (606) durch eine Drehung des Hahnes mit der Kanüle (*d*) in Verbindung gesetzt hat, pumpt man solange Luft ein, bis die Salvarsanlösung das ganze lange Glasrohr sowie den Gummischenkel bis zum Hahn angefüllt und in dem kleinen Glasröhrchen hinter dem Hahn (*h*) zum Vorschein kommt, wobei der Hahn mit diesem Röhrchen nach oben gerichtet sein mufs. Darauf dreht man den Hahn auf die entgegengesetzte Seite, um die Verbindung mit der

Kanüle des langen Rohres des anderen Fläschchens (NaCl) herzustellen und pumpt, bis die NaCl-Lösung (in das zweite Fläschchen wird vorher eine physiologische NaCl-Lösung eingegossen, mit welcher es auch sterilisiert werden kann), wie oben das ganze lange Rohr des Apparates, der Gummischlauch, welcher es mit dem Hahn verbindet, und das ganze Rohr hinter dem Hahn samt den breiten Glaskügelchen (*k*) und der Kanüle (*d*) angefüllt sind. Nachdem der Gummischlauch mit der Kanüle mit der physiologischen Lösung angefüllt ist, wird der Hahn in die mittlere Lage gebracht, der Apparat in ein mit warmem (40° C) Wasser gefüllte Wanne gestellt, worauf er zum Gebrauch fertig ist. Das Wasserbad hat eine Glaswand, welche es gestattet, den Stand der eingegossenen Flüssigkeit zu

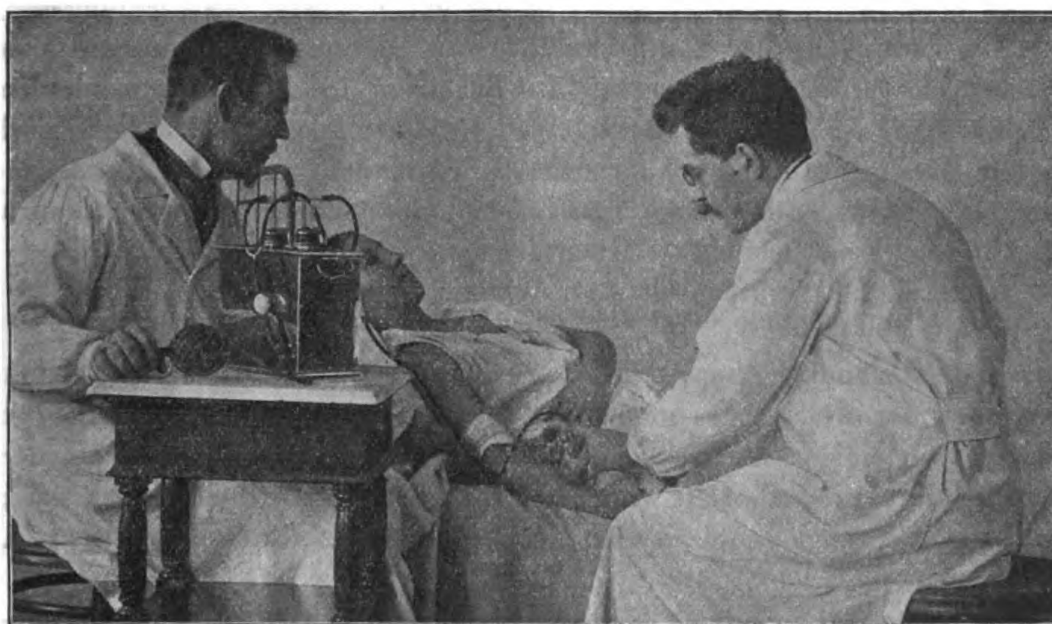


Fig. 2.

beurteilen, und ist mit Einrichtungen zum Fixieren des Thermometers und der Fläschchen versehen.

Der Operateur setzt sich rechts vom Kranken, der Assistent an das Kopfende, der Apparat wird auf einem Tischchen seitwärts vom Assistenten aufgestellt. (Fig. 2.)

Der Assistent unterbindet den Arm des Kranken oberhalb des Ellenbogens mit einem fest zusammengedrehten Tuch und behält dessen Enden in der linken Hand. Der Hahn wird auf die Verbindung der Kanüle mit dem mit der physiologischen Lösung gefüllten Fläschchen eingestellt, der Druckballon wird mäſsig aufgeblasen, und der Schlauch an der Kanüle vom Assistenten zwischen Daumen und Zeigefinger der rechten Hand zusammengepreſst. Der Operateur sterilisiert die Haut an der Einstich-

stelle (es ist zweckmäſsig, vorher einige Stunden lang eine antiseptische Kompresse dort liegen zu lassen) und sticht mit der Nadel (eine möglichst senkrecht geschliffene) in die auserlesene Vene (meist die Vena mediana radialis). Sobald sich Blut aus der Nadel zeigt, löst der Assistent das zusammengedrehte Tuch, läſst mit dem Druck auf den Schlauch an der Kanüle nach und händigt diese bei herausflieſsender physiologischer Lösung dem Operateur ein, welcher die Ampoule über die linke Hand hinüberwirft, so daſs sie mit dem proximalen Ende nach oben gerichtet ist (s. Fig. 2) und verbindet die Kanüle mit der Nadel. Nachdem man sich auf Grund des Durchlaufens der physiologischen Lösung überzeugt hat, daſs die Nadel sich in der Vene in der gehörigen Stellung befindet — die Lösung flieſst unter leichtem Druck rasch, um den Einstich herum schwillt die Haut nicht an —, stellt man den Hahn in der entgegengesetzten Richtung ein, um die Verbindung der Kanüle mit dem die Salvarsanlösung enthaltenden Fläschchen herzustellen, worauf das Salvarsan in die Vene einzulaufen beginnt. Nach Verbrauch der nötigen Quantität des Arzneimittels wird durch Drehen des Hahnes aufs neue die Verbindung mit dem die physiologische Lösung enthaltenden Fläschchen hergestellt, um die im Schlauch und in der Vene gebliebene Salvarsanlösung herauszuwaschen.

Die Hauptvorzüge des beschriebenen Apparates sind folgende:

1. Vollständige Asepsis. Das Präparat wird in demselben Gefäſs aufgelöst, aus welchem es in die Vene injiziert wird, was vorteilhafter ist als die von einigen Autoren empfohlene Auflösung des Salvarsans in der Spritze; die eintretende Luft wird durch das aseptische Wattefilter sterilisiert; kein Um- oder Zugieſsen der Lösung, wie in Grawitz', Sklifassowskis u. a. Apparaten, nötig.

2. Die Möglichkeit, sich in jedem Augenblick entweder der physiologischen Lösung oder der Salvarsanlösung zu bedienen. Am Anfang der Operation gestattet das Ausflieſsen der physiologischen Lösung, ohne Verlust des Arzneimittels (Salvarsan) die Kanüle im nötigen Moment mit der Nadel zu verbinden (was am besten die richtige Einführung der Nadel in die Vene garantiert) und sich von der richtigen Lage derselben im Lumen der Vene zu überzeugen. Das Eindringen von physiologischer Lösung unter die Haut hat keine Bedeutung, während das Eindringen von Salvarsan sehr schmerzhafte Infiltrate hervorruft. Nach Beendigung der Injektion kann der Rest des Salvarsans aus dem Schlauch und dem vor der Kanüle befindlichen Kügelchen (*k*) ausgewaschen werden; zum Teil behufs Verhütung einer Periphlebitis als Folgekrankheit kann auch eine Ausspülung des Venenabschnittes, durch welchen die Injektion stattgefunden hat, vorgenommen werden. In dieser Hinsicht unterscheidet sich unser Apparat von demjenigen Prof. Bobrows, welchem er im übrigen gleicht.

3. Die Unbeweglichkeit der Nadel während des ganzen Verlaufs der Injektion. Selbst die geringste Bewegung kann eine Verschiebung der Nadel herbeiführen, so daſs das Ende derselben aus dem Lumen der Vene kommt und man gezwungen ist, die Injektion zu unterbrechen. Dieser Mangel ist besonders der SCHREIBERschen und den automatischen Spritzen eigen, welch letztere, wie mir eigene Erfahrung gezeigt, eine ihrem Zweck ganz entgegengesetzte Wirkung hervorbringen können.

4. Die Möglichkeit, den Druck, unter welchem die Injektion in die Vene geschieht, allmählich zu steigern oder zu vermindern. Im Notfall kann die Injektion durch das Einpumpen von Luft mittels des Gummiballons bedeutend beschleunigt werden. Ein zufällig zu starker Druck kann durch das Öffnen eines Ventils (*m*), welches aus einem Glasrohr mit einer durch ein Stück Gummirohr verdeckten seitlichen Öffnung besteht, reguliert werden. Das untere, breitere Glaskügelchen läſst die Gefahr einer Luftembolie nicht aufkommen, da die Luft im oberen Teil des Kügelchens zurückgehalten wird, von wo sie sogar durch einen starken Wasserstrom schwer auszutreiben ist.

5. Die gleichmäſsige Temperatur der Lösungen während der ganzen Operation, wobei die Fläschchen in der Wanne auf gehörige Art fixiert sind, und die vordere Glaswand es gestattet, die Temperatur der Lösungen, die Geschwindigkeit des Einflieſsens sowie die Menge der injizierten Flüssigkeit bequem zu kontrollieren.

Aus dem St. Ludwig-Hospital in Turin.

Beitrag zum Studium der Keratosis spinulosa.

Von

Privatdozent CARLO VIGNOLO-LUTATI.

Vortrag, gehalten vor der italienischen Gesellschaft für Dermatologie und Syphilologie, Versammlung vom 21. Dezember 1910 in Rom.

Mit fünf Abbildungen im Text.

Die englischen Autoren haben lange Zeit unter der von RADCLIFFE CROCKER vorgeschlagenen Benennung „Lichen spinulosus“ eine Dermatose beschrieben, von der ADAMSON 1905, sich besonders auf die histopathologischen Charaktere eines von ihm beobachteten Falles und auf eine kritische Übersicht der ganzen einschlägigen Literatur stützend, nachgewiesen hat, daſs sie als eine Keratose anzusprechen ist und somit nicht der bekannten Gruppe des Lichens angehört.

Bevor die Arbeit von ADAMSON erschien, schrieb BROCQ in dem Kapitel über die Lichen in seiner *Pratique dermatologique:* „Le lichen spinulosus de certains auteurs rentre soit dans les acnés cornées, soit dans le lichen scrofulosorum: peut-être constitue-t-il une forme morbide à part." Nach CROCKERS, ADAMSONS und SALINIERS Angaben hatten jedoch einige französische Autoren schon früher den Lichen spinulosus von CROCKER unter verschiedenen Benennungen, wie Acné cornée (HARDY, GUIBOUT, VIDAL, LELOIR), Acné cornée en plaques (HALLOPEAU), Kératose pilaire engainante (AUDRY), Kératose folliculaire villeuse (BAUDOIN und DUCASTEL) beschrieben.

Und auch in der deutschen Literatur hatte, vor dem sehr bestrittenen Fall von LEWANDOWSKY aus der Klinik JADASSOHNS, bereits UNNA bei Besprechung der Keratosis suprafollicularis den Lichen spinulosus CROCKERS erwähnt und anerkannt, derselbe müsse von der Keratosis pilaris getrennt und mit der Benennung Keratosis follicularis spinulosa belegt werden, welche dann auch von ADAMSON selbst angenommen wurde.

Nach ADAMSON haben SALINIER und PICCARDI, die soeben erwähnte Individualisierung der Krankheit beibehaltend, vorgeschlagen, die Bezeichnung follicularis auszuschalten und die Krankheit unter der einfachen Benennung Keratosis spinulosa den übrigen Keratosen einzureihen.

Nach der Arbeit von PICCARDI ist in der italienischen Literatur nur noch ein von BOTTELLI vor kurzem beobachteter Fall der Krankheit veröffentlicht worden.

Die verhältnismäſsig spärlich vorliegende Kasuistik über diese Krankheit und die Tatsache, daſs noch mehrere Fragen über diesen interessanten Gegenstand offen stehen, haben mich dazu veranlaſst, über einen Fall zu berichten, den ich beobachtete und in klinischer und histologischer Beziehung untersuchen konnte und über den ich eine kurze Mitteilung in der italienischen Gesellschaft für Dermatologie gemacht habe.

G. G., 12 Jahre alt, Zeichner. Sein 51jähriger Vater ist herzleidend, raucht nicht, ist kein Potator, hat angeblich nie Syphilis gehabt. Die Mutter ist 36 Jahre alt und gesund; hat sechs Kinder geboren, von denen nur eines, und zwar an tuberkulöser Meningitis, gestorben ist.

Patient ist von schwacher Konstitution; erwähnenswert ist in seiner Anamnese nur eine im Alter von fünf Jahren überstandene Pneumonie.

Blasse Haut, Linsenflecke auf dem Gesicht, dichte braune Haare; an den übrigen Teilen des Körpers sind die Haare wenig entwickelt.

Die gegenwärtige Dermatose hat vor sechs Monaten in schleichender Weise ohne merkbare Vorboten begonnen und war zu keiner Zeit von Juckreiz begleitet. Sie ist beiderseitig und symmetrisch und bevorzugt bestimmte Körpergegenden: antero-laterale und hintere Gegend des Halses,

vorderer und hinterer Rand der Schultern, Streckflächen der Arme und Vorderarme, Rücken, antero-laterale Gegend des Bauches, Lendengegend, äufsere Seite der Oberschenkel, antero-externe Fläche der Beine.

Morphologisch besteht die Dermatose aus kleinen, hirsekorngrofsen, papelartigen Erhabenheiten, welche meistens mehr oder minder wie weifslich-graue Dornen aussehen. Einige dieser Papeln haben nicht die Form von wahren und echten Dornen, sondern sind mehr komedonenartig; einige sind in der Basis rötlich, andere haben dieselbe Farbe wie die umgebende Haut. Wenn man die genannten Erhabenheiten mit einer Lupe untersucht, kann man deutlich einen konischen basalen Teil unterscheiden, von welchem entweder ein komedonenartiger Knopf emporragt oder ein dünner, fadenförmiger Ausläufer von verschiedener Länge ausgeht. Diese Erhabenheiten stehen entweder vereinzelt oder sie fliefsen zu meistens runden, mehr oder minder rötlichen Flecken von verschiedener Gröfse zusammen, aus denen mehrere Horngewebsdornen von ungleichmäfsiger Länge emporragen. An der Peripherie dieser Flecken sieht man mehrere isolierte Elemente, zuweilen versehen mit Dornen, die länger als diejenigen sind, die man auf der Oberfläche der genannten Flecken beobachtet. An den Stellen, wo die Erhabenheiten, wie es am Halse der Fall ist, dichter nebeneinander versammelt sind, nehmen sie insgesamt das von Barbe hervorgehobene Aussehen einer trockenen, ichthyoseähnlichen Trichophytie des Bartes an und fühlen sich bei der streichenden Betastung wie eine Schreinerfeile an.



Fig. 1a.

Auf dem Bauch und dem Rücken, wo die Erhabenheiten am meisten zerstreut sind, kann man an einigen Stellen ihren follikulären Ursprung besser erkennen, auch weil einige keinen echten Dorn aufweisen, sondern eine Art Horngranulosität, in deren Zentrum man meist ein mehr oder minder dünnes Haar wahrnehmen kann, welches in keinem Fall spiralartig gewunden ist, wie man es bei der gewöhnlichen Keratosis pilaris beobachtet.

Die dornenartigen oder granulösen Horngewebserhabenheiten kann man meistens mit der Pinzette leicht und schmerzlos oder höchstens unter ganz geringen Schmerzen ausziehen.

Bemerkenswert ist die Tatsache, dafs man zuweilen, bei einer genauen Untersuchung mit der Lupe, rings um einigen isolierten Elementen mit wenig ausgesprochenem oder fehlendem Dorn, welche man als in der Entwicklung begriffene Elemente betrachten kann, einen kleinen, schuppigen,

mehr oder minder vollständigen Ring beobachtet, bestehend aus kleinen, dünnen Schüppchen, die man leicht entfernen kann und nach deren Entfernung die Haut entweder etwas rötlich gefärbt erscheint oder ein normales, glattes Aussehen zeigt.

Histopathologischer Befund.

Die Untersuchung eines aus der hinteren Gegend des Halses exzidierten Stückes ergab folgenden Befund:

Die Oberfläche der Epidermis erscheint insgesamt uneben; auf derselben beobachtet man an verschiedenen Stellen zugespitzte Horngewebserhabenheiten, welche meistens von Follikelmündungen, zuweilen von den Öffnungen von Schweiſsdrüsen ausgehen, oder einer kleinen Falte der Epidermis entsprechen. Wo diese Erhabenheiten vorhanden sind, ist die körnige Schicht gut entwickelt und reicher an Keratohyalin und man beobachtet im MALPIGHIschen Netzwerk eine leichte Akanthosis. Das Derma erscheint in seiner papillaren Portion besonders in den Zonen verändert, die den oberen Teil der Follikeln oder der Schweiſsdrüsen umgeben oder an der Basis der erwähnten Epidermisfalten liegen.



Fig. 1 b.

Wenn man die Partien, die diesen veränderten Dermazonen entsprechen, durch Serienschnitte untersucht, beobachtet man folgendes: Die Follikelmündungen zeigen eine mehr oder minder ausgesprochene Erweiterung des Trichters, welcher in der Tiefe nie mehr als das obere Drittel des ganzen Follikelsackes einnimmt. Diese trichterförmige Dilatation ist mit einer dichten und kompakten Horngewebsmasse ausgefüllt, bestehend aus Horngewebsschichtungen, von denen einige peripherisch sich mit den viel weniger zahlreichen Horngewebsschichten der perifollikulären Epidermisoberfläche fortsetzen. An den Stellen, die anfänglichen Papeln, d. h. komedonenartigen Elementen entsprechen, kann man zuweilen nachweisen, daſs die oberflächlichen Horngewebsschichtungen der perifollikulären Epidermisoberfläche in der Nähe des Ausgangspunktes der follikulären Horngewebserhabenheit gelockert und gebrochen sind und im Begriff scheinen, sich von der Epidermisoberfläche loszulösen (Mikrophotogr. 1).

Selten beobachtet man Flaumhaare, die durch das Zentrum der folliku-

lären Horngewebsmassen verlaufen, und wo man solche beobachtet, scheinen die Horngewebsschichten des Follikeltrichters dem Haar in seinem Verlauf nach aufsen zu folgen, so dafs sie rings um demselben in Form eines Kegels angeordnet sind, dessen Spitze dem Ende des Haares entspricht.

An den Stellen, die anfänglichen komedonenartigen Papeln entsprechen, d. h. wo man noch keine wahre und echte Keratosis spinulosa beobachten kann, sieht man zuweilen, dafs einer der Ränder des erweiterten Follikeltrichters vorragend und schräg nach oben zugespitzt wird (Mikrophotogr. 2) und die vermehrten Horngewebsschichten, die ihn bekleiden, nach dem Zentrum der Follikelmündung drängt und somit zur Bildung der dornartigen Erhabenheit beiträgt, durch welche in diesem Fall kein Haar verläuft.

Es ist zu bemerken, dafs die follikulären Horngewebsmassen sowohl in den anfänglichen Papeln (Mikrophotogr. 1) wie in den vollentwickelten (Mikrophotogr. 4) aus kernlosen Zellen und aus unvollständig verhornten, also kernhaltigen Zellen, mit meistens schlecht färbbarem Kern (Parakeratosis) gebildet sind.

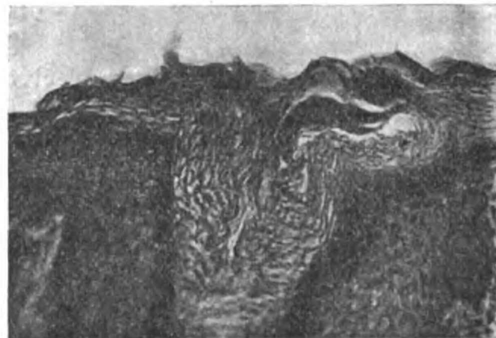


Fig. 2.

Die Epidermis, welche die Wand dieser follikulären Trichter bildet, ist meistens akanthotisch; die Zellen der granulösen Schicht und des Malpighischen Reticulums sind meistens vermehrt und vergröfsert.

In der perifollikulären Dermazone sind die Talgdrüsen rudimentär oder sie fehlen; sie sind offenbar infolge der durch die follikuläre Keratosis bedingten Aufhebung ihrer Funktion der Atrophie anheimgefallen. Gegen den unteren mehr oder minder atrophischen Teil des Follikels beobachtet man Rudimente eines Musculus erector, während man in der oberen dermischen Partie, welche den keratotischen Trichter umgibt, ein reiches Geflecht von erweiterten Gefäfsen beobachtet, umgeben von einem Infiltrat aus kleinen, einkernigen Rundzellen, ohne Spuren von Plasmazellen und von Mastzellen. Diese ganze infiltrierte dermische Zone erscheint insgesamt über die umgebende Epidermisoberfläche hervorragend und bildet die histologische Basis der hirsekornartigen papulösen Erhabenheit, welche das morphologische Element der Dermatose darstellt.

Die unteren zwei Drittel der erkrankten Follikel, d. h. ihr unterhalb des keratotischen Trichters liegender Abschnitt, befinden sich in einem Zustande der Atrophie, deren Grad im Verhältnis zu demjenigen der Keratose ihrer Mündung steht.

Die Mündung der Schweifsdrüsen zeigt ähnliche Veränderungen des Dermas und der Epidermis wie die Mündung der Follikeln (Mikrophotogr. 3).

Auch bei diesen poralen Papeln scheinen die Horngewebsmassen zuweilen durch eine Verlagerung der Horngewebsschichten von seiten einer Portion des Randes der Drüsenpore erzeugt zu sein, indem dieser Rand zugespitzt und schräg nach oben vorragend geworden ist. Von der intradermatischen Partie des Ausführungsganges ist nur die obere Portion von einer ziemlich ausgesprochenen Infiltration umgeben, welche die morphologische papulo-spinöse Erhabenheit erklärt; im tiefen Derma erscheinen die Drüsenknäuel zuweilen von einer mehr oder minder ausgesprochenen cystischen Erweiterung mit Atrophie der Epithelien befallen.



Fig. 3.

Interessant ist die Beschreibung, die sich auf die spitzwinkligen Falten (Mikrophotogr. 4) bezieht, die von der vorragenden Konvexität oder der wallartigen Konkavität einiger der zahlreichen Unebenheiten der Oberfläche der Epidermis ausgehen. Aus der Untersuchung von Serienschnitten hat sich ergeben, daſs hier die spinösen Horngewebsgebilde nicht aus einer natürlichen Höhle (Follikeltrichter, Drüsenpore) herstammen. Die Histogenese der Dornen ist hier auf eine Vermehrung von parakeratotischen Horngewebsschichtungen, die die spitzwinkligen Falten bekleiden, zurückzuführen. Das der Basis der Erhabenheiten entsprechende papilläre Derma weist dieselben histopathologischen Charaktere auf wie das Derma der Zonen der oben beschriebenen perifollikulären und peritubulären Zonen.



Fig. 4.

Hier möchte ich hervorheben, daſs auch Bottelli „einzelne kleine Zonen mit perivasaler Infiltration auch unabhängig von den hyperkeratotischen Haarfollikeln, besonders im Derma, welches unterhalb von Epidermisstrecken liegt, die der Sitz eines ausgebreiteten und ausgesprochenen hyperkeratotischen Prozesses mit reichlicher Schuppenbildung sind“, beobachtet hat. Diesen Befund Bottellis

könnte man als ein Übergangsstadium zu den von mir oben beschriebenen extrafollikulären und extraporalen spinösen Papeln betrachten.

Bakteriologischer Befund.

Die noch dunkle Ätiologie dieser Krankheit und die sonderbare Ausdehnungsweise der Dermatose, welche vielleicht die Annahme einer parasitären Entstehung nahelegen könnte, veranlaſsten mich, die von anderen Autoren mit negativem Resultat ausgeführten Untersuchungen zu wiederholen. Ich muſs jedoch zugeben, daſs meine direkten mikroskopischen und kulturellen Untersuchungen, ebenso wie meine Versuche von Verimpfung auf denselben und auf einen anderen Patienten durchwegs negativ ausgefallen sind.

Betrachtungen.

Aus meiner Beschreibung ergeben sich deutlich alle die Symptome, aus welchen sich das Bild der Krankheit zusammensetzt, die zuerst als Lichen spinulosus oder Keratosis follicularis spinulosa und dann als Keratosis spinulosa beschrieben wurde. Auf Grund der Varietät der objektiven Charaktere der beobachteten morphologischen Elemente konnte man in meinem Falle an den Stellen, wo die Papeln keine klinisch nachweisbaren Spuren von entzündlichem Prozeſs aufwiesen, von einer Keratosis spinulosa alba, an den Stellen, wo erythematöse Flecken sichtbar waren, von einer Keratosis spinulosa rubra, und an den Stellen, wo die Papeln komedonenartige Erhabenheiten zeigten, von einer Keratosis spinulosa acneiformis sprechen,

Mein Fall, dessen histologischer Befund mit den Beschreibungen der anderen Autoren (Audry, Adamson, Piccardi) übereinstimmt, erinnert jedoch durch einige Details besonders an die neuerdings von Bottelli veröffentlichte Beobachtung. In der Tat war bei meinen Befunden die Papel durch eine starke Infiltration vertreten; man beobachtete eine leichte diffuse Hyperkeratose auch in den interpapulären Epidermiszonen, und die Papeln waren nicht nur follikulär, sondern auch extrafollikulär. Auch aus diesem Grunde habe ich den von Bottelli beschriebenen Befund erwähnt.

Den Unterschied zwischen Bottellis Befund und meinem Befunde könnte man als einen Gradunterschied deuten; in meinem Falle waren die extrafollikulären Infiltrationszonen echte Papeln mit unvollständiger Verhornung (Parakeratose) und infolgedessen mit aneinander stark anhaftenden Schichtungen, wie bei den follikulären und poralen Papeln, während in Bottellis Fall schon eine echte Hyperkeratose, eine vollständige Verhornung und infolgedessen eine reichliche Schuppenbildung, eine Desquamation vorlag.

Meine Befunde haben mir ferner eine andere Deutung der verschiedenen Histogenese der Horngewebsdornen nahegelegt und bewiesen, daſs bei den

wirklich follikulären Papeln zur Entstehung der Dornen die Anwesenheit des Haares nicht notwendig ist.

In einigen peripapulösen Epidermiszonen, d. h. in der Umgebung initieller sich entwickelnder (komedonenartiger) Papeln, habe ich im Zusammenhang mit der auch von Bottelli nachgewiesenen leichten diffusen Hyperkeratosis nachgewiesen, daſs die oberflächlichsten Horngewebsschichtungen gelockert und an dem Ausgangspunkt der suprapapillaren Horngewebserhabenheit zerstückelt und im Begriff waren, sich von der Epidermisoberfläche selbst loszulösen (zuweilen klinisch nachgewiesene Desquamation rings um der Basis einger kleiner, isolierter, anfänglicher Papeln). Übrigens hat auch Piccardi beobachtet, daſs in der Nähe der Follikeln die Epidermis eine leichte Hyperkeratosis zeigt, welche jedoch nie eine wirkliche Brücke über die Mündung der Follikeln selbst bildet. Ich glaube jedoch, daſs die Präexistenz einer leichten suprafollikulären Keratosis, als Fortsetzung über der Follikelmündung der extrafollikulären Keratosis in den Fällen, wo sie nicht nachgewiesen wurde, nicht auszuschlieſsen ist. Denn die zuweilen, wie in meinem Falle, nachweisbare klinische Erscheinung einer leichten Desquamation in der Umgebung der Basis der beginnenden Papeln, und zwar auch der extrafollikulären, und der histologische Befund einer leicht verdickten Horngewebsschicht, welche gelockert und an der Ausgangsstelle der suprapapulösen Horngewebserhabenheit zuweilen gebrochen ist, können nach meiner Ansicht beweisen, daſs diese suprapapulösen Horngewebserhabenheiten, welche stets umschriebene und gröſstenteils von der leichten, diffusen, peripapulösen Hyperkeratosis unabhängige parakeratotische Gebilde sind, zu einer bestimmten Zeit die wenigen Konnexionen, die sie mit dieser peripapulösen Horngewebsschicht haben, brechen können, so daſs, während die Dornen von diesem Augenblick an frei von jedem Widerstand heranwachsen, die peripapulöse zerstückelte und gelockerte Hornschicht sich dann durch Desquamation loslösen bzw. abfallen und infolgedessen weder bei der klinischen noch der histologischen Untersuchung nachgewiesen werden kann.

Diese meine histologischen Betrachtungen stehen nicht im Einklang mit der auch von Piccardi vertretenen Ansicht Unnas, daſs, während bei der gewöhnlichen Keratosis pilaris in der Anfangsperiode auch die perifollikuläre Epidermis, indem sie die Follikelmündung selbst okkludiert, an der Erzeugung der follikulären Keratosis teilnimmt, bei der Keratosis spinulosa hingegen auch während der ersten Stadien die Horngewebsmassen ausschlieſslich auf Kosten der Follikelwand ohne eine selbst initielle suprafollikuläre Keratosis entstehen.

Die Autoren haben ferner bei ihren histologischen Untersuchungen über die Keratosis spinulosa das Fortbestehen der Kerne in den Zellen nachgewiesen, welche die spinösen Schichtungen bilden; diese auch von

mir beobachtete Parakeratose beweist eine unvollständige, sich rasch vollziehende Verhornung, welche in den papulösen Gegenden stattfindet, wie man auch in den anfänglichen komedonenartigen Papeln beobachtet, welche auch darauf hinweisen, daſs die Papelentstehung der Dornentstehung vorausgeht. Durch diese unvollständige Verhornung erklärt sich ferner die gröſsere Kohäsion der spinösen Schichtungen, welche vereinigt bleiben und die Dornen bilden, anstatt durch Desquamation zu verschwinden, wie es hingegen in der peripapulösen Zone der Fall ist, wo die leichte Hyperkeratose durch gelockerte Elemente vertreten ist, welche eine vollständige Verhornung erreicht haben.

Audry und Salinier haben die Keratosis spinulosa als eine mit Spinulosismus komplizierte Varietät der gewöhnlichen Keratosis pilaris betrachtet. Ich trete hingegen denjenigen Autoren bei, welche diese Krankheit als eine bestimmte, selbständige, pathologische Entität beschrieben haben, dazu veranlaſst durch die oben beschriebenen histologischen Befunde, von denen der parakeratotische Zustand der spinösen Schichtungen in erster Linie steht, ferner durch die Betrachtung, daſs in meinem Falle die Keratosis, obwohl sie diffus war, einen spinulösen Charakter auf nicht nur follikulären, sondern auch extrafollikulären papulösen Grundlagen annahm, und schlieſslich durch die klinischen Befunde.

In der Tat, in meinem Falle bestand der typische Regionalismus der Keratosis spinulosa; man beobachtete keine Läsionen auf den Prädilektionsstellen der Keratosis pilaris (Gesicht, behaarte Kopfhaut), und man konnte weder an abirrenden oder gewöhnlichen Sitzen der beiden Dermatosen typische Elemente der Keratosis pilaris mit spiralig gewundenen Haaren nachweisen. Andererseits war bei meinem Patienten die Dermatose ziemlich rasch aufgetreten und in verhältnismäſsig kurzer Zeit (etwa sieben Monate) verlaufen, und verschwand vollständig in 15 Tagen infolge Anwendung einer keratolytischen Salbe, ohne irgendein Zeichen von einer Keratosis pilaris zurückzulassen.

Es gibt aber neben der Keratosis pilaris mehrere andere Dermatosen, welche zuweilen, indem sie mit Spinulosismus kompliziert sind, eine echte Keratosis spinulosa vortäuschen können.

In meinem Falle schien es mir jedoch, da ein jedes Zeichen von einer Lungen-, Drüsen- oder Knochentuberkulose fehlte, nicht notwendig, den Lichen scrofulosorum, eine langsam evolvierende Dermatose, bei welcher man neben zugespitzten papulösen Elementen hirsekornartige Pusteln beobachtet, und diese Elemente die seitlichen Teile des Rumpfes oder den Rücken bevorzugen und sich zu polyzyklischen Flecken gruppieren, differentialdiagnostisch in Betrachtung zu ziehen.

Eine andere Dermatose, welche differentialdiagnostisch vielleicht in Frage kommen konnte, ist die Akne cornea. Wie bereits erwähnt, sind

in die französische Literatur mehrere Fälle von dieser Krankheit eingetragen, welche ADAMSON anfangs mit der Keratosis follicularis spinulosa identifizieren wollte, während sie SALINIER und PICCARDI in verschiedene klinische Typen eingeteilt haben, so daſs sie, während sie von einem Teil der Autoren als Keratosis spinulosa (Acné cornée en aires von HALLOPEAU) oder als Acne cornea (Acne kératique von TENNESON und LEREDDE, Acne cornée von HALLOPEAU und JEANSELME) betrachtet wurde, andere Fälle hingegen entweder als DARIERsche Krankheit oder als Keratosis follicularis contagiosa von BROOKE angesprochen wurden. Der ausgesprochene regionalistische Charakter der Keratosis spinulosa, ihre spinösen Papeln ohne notwendigerweise wahrnehmbare Entzündungserscheinungen und ohne Eiterung, welche vollständig heilen ohne Narben zurückzulassen, sind genügende Charaktere, um in meinem Falle eine Acne cornea diagnostisch ausschlieſsen zu können.

Die Ichthyosis istrix, eine fast angeborene Krankheit, die Pityriasis rubra pilaris, die besondere klinische und histologische Charaktere besitzt, und das lichenoide Syphilid, welches auch in den Fällen, wo es mit Spinulosismus kompliziert ist, sich durch die Anamnese und durch die übrigen gleichzeitigen Erscheinungen erkennen läſst, kamen differentialdiagnostisch gar nicht in Betracht.

In meinem Falle ist der morphologische Exponent der Dermatose eine Papel mit dem Charakter der Keratosis spinulosa und vorwiegend follikulärem, jedoch auch extrafollikulärem Sitz. Obwohl bei dem echten Lichen die morphologische Grundlage auch die Papel mit ebenfalls konstantem keratotischen Charakter ist, welche zuweilen mit Spinulosismus kompliziert sein kann (Lichen acuminatus), so glaube ich doch, auch abgesehen von den leicht diagnostizierbaren eventuellen Mischformen von Lichen planus und acuminatus, daſs der sogenannte Lichen spinulosus, bei welchem nie Juckreiz besteht und welcher eine fast ausschlieſsliche Prädilektion für die zweite Kindheit und für die Adoleszenz zeigt, seinen klinischen und histologischen Charakteren nach als eine von dem echten Lichen gänzlich getrennte Dermatose zu betrachten ist.

Von den bis heute vorgeschlagenen Benennungen scheint mir diejenige: Keratosis spinulosa die geeignetste, weil dieselbe, die bisher für keine andere Dermatose angewandt wurde, den Vorteil darbietet, daſs sie auf zwei hervorragende Charaktere des morphologischen Exponenten der Dermatose hinweist, ohne den Charakter des anatomischen Sitzes (follikulär und extrafollikulär) des morphologischen Elementes zu präjudizieren.

Literatur.

Abraham, Derm. Soc. of London, Juli 1894. *Brit. Journ. of Derm.* 1894. Bd. VI.

Adamson, Lichen pilaris seu spinulosus. *Brit. Journ. of Derm.* Febr. 1905.

Audry, Keratosis circumpilaris. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1904. Bd. XXXVIII.

— Keratose pilaire engainante. *Journ. des maladies cutanées.* Juli 1904.

Barbe, Kératose folliculaire. *Ann. de Derm. et de Syph.* 1901.

Baudoin et Du Castel, Kératose folliculaire villeuse. *Ann. de Derm. et de Syph.* 1901.

Bennet, A case of Lichen spinulosus. *Austral. med. Gaz.* Dez. 1902.

Bottelli, C., A proposito di un caso di cheratosi follicolare. *Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle.* 1910.

Bowen, A case of Lichen spinulosus. *Journ. of. cut. dis.* Sept. 1906.

Brocq, Les lichens. *La prat. derm.* Bd. III.

Brooke, Keratosis follicularis contagiosa. *Intern. Atlas selt. Hautkrankh.* Nr. XXII.

Crocker, R., General inflammatory Lichen pilaris. *Derm. Soc. of London.* Mai 1884.

Crocker, Acute lichen pilaris (spinulosus). Derm. Soc. of London, Febr. 1883. *Brit. Journ. of Derm.* 1885.

— Acne keratosa. *Brit. Journ. of Derm.* 1899. Bd. LXI.

— A case Lichen pilaris seu spinolosus. Derm. Soc. of London, April 1902. *Brit. Journ. of Derm.* 1902.

— Disease of the skin. Bd. 1, S. 405. London 1903.

Colcott Fox, Lichen scrofulosus (spinulosus). Derm. Soc. of London, 1883.

— Lichen pilaris Crocker. Derm. Soc. of London, Febr.-April 1895. *Brit. Journ. of Derm.* 1895. Bd. VII.

Galloway, Derm. Soc. of London, Juli 1899. *Brit. Journ. of Derm.* 1899.

Giovannini, Zur Histologie der Keratosis pilaris. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1902. Bd. LXIII.

Halberstädter, Über eine eigenartige Form von Keratosis follicularis — Lichen pilaris spinulosus? *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1903.

Hallopeau, Acné corné en aires. *Ann. de Derm. et de Syph.* 1895.

— et Jeanselme, Acné corné. *Ann. de Derm.* 1895.

Hartigan, Lichen spinulosus. *Brit. Journ. of Derm.* Juni 1905.

Lewandowsky, Über Lichen spinulosus. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1905. Bd. LXXIII, Heft 3.

Mackey, Edward, Lichen pilaris spinulosus. Derm. Soc. of London, Juli 1896. *Brit. Journ. of Derm.* 1896. Bd. VIII.

Mac Leod, Derm. Soc. of London, Mai 1904. *Brit. Journ. of Derm.* 1904. Bd. XVI.

Payne, Lichen spinulosus. Derm. Soc. of London, Juli 1885.

Perry, A case of Lichen spinulosus. Derm. Soc. of London, April 1894.

— A case of Lichen spinulosus. Derm. Soc. of London, Febr. 1896. *Brit. Journ. of Derm.* 1896. Bd. VIII.

Piccardi, Keratosis spinulosa. *Giorn ital. delle mal. ven. e della pelle.* 1907. Bd. III.

Pringle, Derm. Soc. of London, Juni 1897. *Brit. Journ. of Derm.* 1897. Bd. IX.

— Lichen spinulosus vel pilaris. Derm. Soc. of London, Juli 1900. *Brit. Journ. of Derm.* 1900. Bd. XII.

— Lichen spinulosus. Derm. Soc. of London, 1902. *Brit. Journ. of Derm.*, März 1902.

Salinier, Keratosis spinulosa. Lichen pilaris seu spinulosus Crocker. Toulouse 1906.

Stowers, Derm. Soc. of London, Febr. 1899. *Brit. Journ. of Derm.* 1899. Bd. XI.

Tenneson et Leredde, De l'acné kératique. *Ann. de Derm. et de Syph.* 1895.

Thibierge, Acné cornée. *La prat. derm.* Bd. I.

UNNA, Histopathologie der Hautkrankheiten. Berlin 1894.
VEYRIÉRES, Kératose pilaire. *La prat. derm.* Bd. II.
WEST, SAMUEL, Lichen pilaris spinulosus. Derm. Soc. of London, 1894.
WICKHAM, LEGG, Lichen (keratosis?) scrofulorum — Lichen spinulosus. Derm. Soc. of London, Okt. 1884.
— Keratosis pilaris spinulosus. Derm. Soc. of London, Juni 1885.

Aus der Praxis.

Über den pathologischen Zusammenhang der Varicellen mit gewissen Formen von Zoster.

Von

Dr. WILH. LÜTH,
Hautarzt in Thorn.

Zu obigem Thema teilte J. BÓKAY-Budapest im *Orvosi Hetilap*, 1909, Nr. 42, eine Reihe von Beobachtungen mit, von denen einige schon im Jahre 1892 veröffentlicht sind:

In einer Familie hat ein Kind Zoster thoracalis, acht Tage später treten bei einem anderen Kinde derselben Familie Varicellen auf; im 2. Falle folgten auf Zoster abdominalis bei einem Mädchen Varicellen bei einer Schwester zehn Tage darauf. 3. Nachdem eine Mutter Zoster thoracalis gehabt hat, bekommt zwölf Tage hernach ihr achtjähriger Sohn Varicellen.

Im ganzen werden (cf. Ref. in den *Monatsh. f. prakt. Derm.*, Bd. 51, Nr. 6) neun Fälle aufgeführt, bei denen bei Mitgliedern derselben Familie oder Kranken auf demselben Krankensaal auf Zoster Varicellen folgen. BÓKAI faſst seine Beobachtungen folgendermaſsen zusammen:

„Der bisher unbekannte Ansteckungsstoff der Varicellen kann sich infolge gewisser, bisher noch unbekannter Umstände statt im allgemeinen Ausbruch in einem Zosterausschlage äuſsern, der im Falle einer Weiterverbreitung typische Varicellen hervorrufen kann. Selbstredend kann der Varicellenursprung nur auf einen gewissen Teil der Zosterfälle und vermöge natürlicher Ursachen auf eine gewisse Gruppe von Zosterfällen im Kindesalter bezogen werden."

Ich glaube auf Grund eines von mir beobachteten Falles die Ursache der Varicellen nach Zoster in einer besonderen Form des Zoster finden zu müssen:

Im Juli vorigen Jahres erkrankte in einem Orte an der russischen Grenze die Frau eines Grenzkontrolleurs an Herpes zoster; ich fand einen

pektoralen Herd unmittelbar über der linken Mamma bis zur Achselhöhle und eine zweite schmälere Linie vom siebenten Halswirbel links von der Wirbelsäule bis zur Haargrenze. Die Bläschen der zweiten Gruppe waren nur klein, dagegen glichen die der pektoralen Eruption den voll ausgebildeten Impfpusteln etwa vom sechsten bis siebenten Tage und zeigten über der Mamma deutlich die für Variola typische Delle. Der ganze übrige Körper war frei, so daſs der Sitz, Anordnung und Verlauf des Ausschlags die Diagnose Zoster sicherstellte. Gleichzeitig wurde mir der 16 Monate alte Sohn vorgestellt, der ein kleines Bläschen mit trübem Inhalt an der Stirn hatte; aber zehn Tage später war der ganze Körper und das Gesicht mit Varicellen übersäet. Das Kind war im Jahre vorher geimpft.

Man kann nicht gut aus einem solchen Falle bindende Schlüsse ziehen; es würde sich aber empfehlen, darauf zu achten, in welchen Gegenden solches Zusammenfallen von Zoster und Varicellen vorkommt. In meinem Falle kommt der Ehemann täglich mit zahlreichen aus Ruſsland eintreffenden Reisenden zusammen, und es wäre vielleicht denkbar, daſs von der anderen Seite der Grenze, wo die Pocken endemisch sind, eine Infektion mit Variola zustande gekommen ist, die bei der vor längerer Zeit geimpften Mutter in einem Zoster varioliformis, bei dem frisch geimpften Knaben in Varicellen ihren Ausdruck fand.

Fachzeitschriften.

Dermatologische Zeitschrift.

1911. Heft 8.

1. **Über Hauterkrankungen bei Schwangerschaft und deren Heilung**, von Linser-Tübingen. Bei Schwangeren kommen Hautaffektionen verschiedener Art — Pruritus ohne sichtbare Hautveränderungen, Urticaria, zuweilen mit ekzematösen Erscheinungen verbunden, Lichen urticatus, Impetigo herpetiformis — vor, die alle mit dem Fortschreiten der Gravidität stärker werden, während der Schwangerschaft durch die üblichen Mittel nicht zu beseitigen sind, nach der Geburt aber stets rasch verschwinden; gemeinsam ist diesen Affektionen der heftige Juckreiz, der nicht nur die erkrankten Hautpartien, sondern den ganzen Körper betrifft. Die sämtlichen Schwangerschaftsdermatitiden sind nach L. nur graduelle Verschiedenheiten einer ätiologisch einheitlichen Erkrankung, die auf einer durch die Gravidität bedingten Veränderung des Blutes beruht und gleich der Hyperemesis, der Schwangerschaftsnephritis, der Schwangerschaftshepatitis und der Eklampsie der Ausdruck einer Autointoxikation (Graviditätstoxikose) ist.

Bei vier solchen Schwangerschaftsdermatitiden hat L. Serum von gesunden Schwangeren subcutan oder intravenös injiziert und damit vorzügliche Erfolge erzielt der quälende Juckreiz verschwand gewöhnlich wie mit einem Schlage, der Ausschlag

heilte rasch ab. Das in einem Falle nach fünf Wochen aufgetretene Rezidiv liefs sich durch eine abermalige Seruminjektion ebenfalls prompt beseitigen. Das Verfahren ist sehr einfach: man entnimmt einer gesunden Schwangeren aus der Kubitalvene etwa 50 ccm Blut, das in einem sterilen, mit einigen Glasperlen versehenen Zentrifugengläschen aufgefangen wird; nach fünf Minuten langem Schütteln kommt das Gläschen in die Zentrifuge, die das Serum in 10 bis 15 Minuten klar ausschleudert. Von dem Serum werden sofort 20—25 ccm injiziert, die Einspritzung kann am gleichen oder am folgenden Tage wiederholt werden. Der unmittelbare Effekt ist bei der intravenösen Injektion gröfser, doch verursacht diese manchmal einen Schüttelfrost, der aber ohne Bedeutung ist.

L. hat die Serumbehandlung auch in drei Fällen von Urticaria bei Männern angewandt; auch in diesen Fällen, bei denen Serum von gesunden Männern injiziert wurde, verschwanden der Juckreiz und die urticariellen Erscheinungen sehr bald nach der Injektion vollständig.

2. **Seltene Komplikationen der Blennorrhoe; hyperkeratotische Exantheme und universelle, ankylosierende Arthritis**, von G. Rost-Kiel. Beschreibung dreier Fälle von hyperkeratotischem Exanthem mit Polyarthritis bei Blennorrhoe. Aus seinen Beobachtungen und den nicht sehr zahlreichen Mitteilungen anderer Autoren zieht R. folgende Schlüsse:

Hyperkeratotische Exantheme als Folge der Blennorrhoe sind selten. Sie treten fast stets mit polyartikulären, subakuten, ziemlich schweren Gelenkentzündungen auf, die in Versteifung übergehen können. Zu den Haut- und Gelenkerscheinungen können schwere Allgemeinsymptome, Kachexie sowie Neuralgien und Muskelatrophie hinzutreten. Das Auftreten des Exanthems wie der Arthritis ist nicht an manifeste Blennorrhoe gebunden, sondern kann auch durch latente Herde, eventuell noch nach Jahren ausgelöst werden. In ätiologisch unklaren Fällen von Polyarthritis ist stets an diese Möglichkeit zu denken; durch Auffinden eines hyperkeratotischen Exanthems wird sich eventuell eine Differentialdiagnose ermöglichen lassen. Die in Rede stehende Gelenkerkrankung verhält sich fast völlig refraktär gegen jede Art der bisher gebräuchlichen Therapie. Die Ursache der Erkrankung ist — abgesehen von der Beziehung zur Blennorrhoe — unbekannt.

3. **Über die praktische Brauchbarkeit der Wassermannschen Reaktion mit besonderer Berücksichtigung der Sternschen Modifikation**, von F. Hayn und A. Schmitt-Würzburg. Die Verfasser haben im Lauf eines Jahres an 807 Seren die Wassermannsche Probe vorgenommen; die dabei gewonnenen Resultate fassen sie in folgenden Sätzen zusammen:

1. Die Wassermannsche Reaktion ist ein wichtiges Unterstützungsmittel zur Diagnose der Syphilis und zur Differentialdiagnose bei dermatologischen und vielen nicht dermatologischen Erkrankungen.

2. Bei Syphilis ergibt eine energische frühzeitige Quecksilberbehandlung leichter einen Umschlag der positiven Reaktion als spätere oder fehlende Behandlung.

3. Durch chronisch-intermittierende antisyphilitische Behandlung ist eine dauernde negative Reaktion anzustreben.

4. Eine Prognosenstellung an der Hand der Wassermannschen Reaktion ist bei den erst relativ kurzen Erfahrungen verfrüht.

5. Die Wassermannsche Reaktion kann nur in gut eingerichteten Laboratorien von geschultem Personal angestellt werden, da die Sicherheit der Resultate nur durch exakte Ausführung und zeitraubende Kontrollversuche gewährleistet werden kann.

6. Auch hier ist die Untersuchung desselben Serums gleichzeitig mit mehreren Extrakten zu fordern und der Tagesausfall der Reaktion (d. i. die Wirkungsweise des

mehr oder minder guten Zusammenarbeitens sämtlicher zur Reaktion verwendeter Faktoren an einem Untersuchungstage) zu berücksichtigen.

7. Bei labilen oder paradoxen Seren ist wiederholte Untersuchung desselben und womöglich auch noch eines neu entnommenen Serums zur Verwertung des Resultats zu verlangen.

8. Es ist nicht angängig, geringere quantitative Hemmungsunterschiede desselben Serums von verschiedenen Untersuchungstagen vergleichend nebeneinander zu stellen.

Aus den Erfahrungen, die die Verfasser bei der Anwendung der Sternschen Modifikation gemacht haben, ergeben sich folgende Schlüsse:

1. Die Sternsche Modifikation versagt in einem Teil der Untersuchungen wegen Komplementmangels der Seren.

2. Die Sternsche Modifikation gibt bei sicher syphilitischen Seren häufiger ein positives Resultat als die Wassermannsche Methode und wäre insofern eine Verfeinerung; aber auch bei einer Reihe anamnestisch und klinisch als syphilisfrei zu betrachtender Fälle tritt im Gegensatz zur Wassermannschen Reaktion Hemmung der Hämolyse ein (in 8,9% der syphilisfreien bzw. 3,32% der sämtlichen untersuchten Seren). Sie ist daher nicht in dem Grade als spezifisch zu betrachten wie die Wassermannsche Reaktion.

3. Sie ist keine Vereinfachung der Wassermannschen Reaktion, da sie nur neben dieser und nicht allein verwendet werden darf; sie ist, wenn man nach den oben aufgestellten Prinzipien verfährt, auch keine notwendige Ergänzung der Wassermannschen Methode, wenn auch zugegeben werden kann, daſs ihr Ausfall bei Syphilis und Syphilisverdacht, z. B. bei der Ammenuntersuchung von groſsem Wert ist.

4. **Über Quecksilbervergiftung und Angina bzw. Stomatitis ulcero-gangraenosa, sowie über die Indikationen und Dosierung des Merkuriolöls,** von Magnus Möller-Stockholm. Der Artikel wird fortgesetzt. *Götz-München.*

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Band 106, Heft 1—3. März 1911.

Der Band ist Edvard Welander zu seinem 65. Geburtstage gewidmet und enthält einleitend neben einer Widmung der Herausgeber ein Verzeichnis der von Welander im *„Archiv"* veröffentlichten Arbeiten und eine Zusammenstellung aller seiner übrigen Publikationen, zusammen 123 Artikel.

1. **Sklerodermie mit Hemiatrophia facialis,** von Arvid Afzelius-Stockholm. Junges Mädchen von 20 Jahren, bei dem im sechsten Lebensjahre, zuerst am Abdomen, sklerotisierende Veränderungen der Haut auftraten, die nach und nach den gröſseren Teil der einen Körperhälfte einnahmen, während die andere durchaus gesund blieb. Von besonderem Interesse ist die Kombination mit Gesichtsatrophie, die etwa fünf Jahre nach Beginn der Hautkrankheit auftrat, die ganze Gesichtshälfte gleichmäſsig betrifft und keine Veränderung der Haut aufweist — also offenbar eine wahre Hemiatrophia facialis und nicht sklerodermitischer Natur ist.

2. **Über Erythrodermia desquamativa der Säuglinge (Leiners Krankheit),** von S. C. Beck - Budapest. B. hat in 16 Fällen bei Brustkindern, die an schweren Darmstörungen litten, desquamative Erythrodermien gesehen, die trotz ihrer Ähnlichkeit mit dem seborrhoischen Ekzem mit den bei Säuglingen vorkommenden verschiedenen Ekzemtypen nichts zu tun haben und die er mit Leiner als besondere Krankheitsform auffaſst. Er hält die Erkrankung für eine Autointoxikation, deren toxisch wirkende Substanzen durch die Muttermilch den Säuglingen zugeführt werden. Die Kinder

müssen entwöhnt werden; Ersatz der Muttermilch durch Reiswasser oder Buttermilchnahrung. Aufserlich hat Eucerin UNNA gute Dienste geleistet.

3. **Über das Schicksal hereditär-syphilitischer Kinder (Lues hereditaria tarda?)**, von FR. BERING-Kiel. 37 Fälle und Schlufsfolgerungen daraus.

4. **Über die Blennorrhoe der Frau.** Eine statistische Studie, von SELIM BIRGER-Stockholm. Das interessanteste Ergebnis aus dieser umfangreichen Statistik, die beinahe 600 Fälle der letzten sechs Jahre verwertet; ist der Befund von Rektalblennorrhoe in 58,3% der darauf untersuchten Fälle. Verfasser hält alle Statistiken über Heilbarkeit oder Nichtheilbarkeit der weiblichen Blennorrhoe für irreleitend, soweit sie nicht auf diesen Faktor der Rektalblennorrhoe Rücksicht nehmen, da manche der Rezidive sich sicher durch die übersehene Rektalblennorrhoe erklären lassen. Was die Frage einer intensiven Lokalbehandlung betrifft, so sprechen die guten Resultate, die erreicht wurden, für den grofsen Wert der Lokalbehandlung.

5. **Ein Beitrag zur Lehre von der Immunität bei Syphilis**, von A. BLASCHKO-Berlin. Betrachtungen, die auf der reichen klinischen Erfahrung des Verfassers fufsen. B. behält den Begriff der Immunität bei Syphilis bei und glaubt, dafs sie nur individuell, lokal und zeitlich modifiziert sein kann; ein völliges Schwinden der Immunität nimmt B. nur für die wenigen Fälle an, in denen als Spätsyphilide „Polysyphilide" auftreten. Ferner steht für ihn fest, dafs die Substanzen, welche die WASSERMANNsche Reaktion erzeugen, keine Immunkörper sind.

6. **Ein Fall von Lepra nervorum, geheilt durch Ausschabung der leprösen Nerven**, von M. BOCKHART-Wiesbaden. Ein Ingenieur, der sich seinerzeit in Siam infiziert hatte, wurde wegen isolierter Nervenlepra des linken Armes chirurgisch behandelt, indem die in Betracht kommenden Nerven ausgeschabt und, als kleine Rezidive ein erneutes Eingreifen nötig machten, auch teilweise reseziert wurden. Der Fall ist schon früher von ARNING und dem Chirurgen, der die erste Operation vorgenommen, CRAMER, beschrieben worden. B. hat jetzt den Patienten wiedergesehen, 18 Jahre nach der letzten Operation, und hat ihn vollkommen gesund gefunden, so dafs seine, wenn auch beginnende, so doch schwere Nervenlepra offenbar durch die chirurgischen Eingriffe geheilt worden ist.

7. **Weshalb treten im sklero-cornealen Limbus die Lepraknoten so häufig an symmetrisch in beiden Augen liegenden Stellen auf?** von LYDER BORTHEN-Trondhjem. „Das Auftreten von Lepraknoten aufsen-unten im Limbus beruht höchst wahrscheinlich auf dem Zusammenwirken äufserlicher, physiologischer und anatomischer Ursachen. Erstere bedingen hauptsächlich die Form, letztere die Örtlichkeit des Auftretens der Knoten."

8. **Über ein seltenes syphilitisches Exanthem (Lues leukischämica)**, von AUGUST BRAUER-Kiel. 18jähriges Dienstmädchen soll elf Monate nach luetischer Infektion ihre dritte Hg-Kur durchmachen, diesmal ohne Vorhandensein syphilitischer Symptome, lediglich auf Grund des positiven WASSERMANN; nach der sechsten Kalomelinjektion bleibt sie fort und gibt sieben Monate darauf einem anscheinend gesunden Kinde mit negativer Seroreaktion das Leben. Gegen das Ende der Gravidität bildeten sich an den Unterarmen linsengrofse weifse Flecken, die sich peripher vergröfserten und teilweise im Zentrum wieder dunkleres, bräunliches Aussehen bekamen, so dafs ringförmige Effloreszenzen resultierten. Die Flecke sind weifslich glänzend, aber nicht milchweifs wie bei der Leukoatrophie; die weifse Farbe ist keine Depigmentation, sondern durch eine lokale Ischämie bedingt. Die Stellen liegen vollkommen im Niveau der Haut und zeigen histologisch aufser minimalen perivaskulären kleinzelligen Infiltraten keine Veränderungen. Unter Kalomelinjektionen heilen die Effloreszenzen

innerhalb einer Woche vollständig ab, teilweise unter Pigmentation. Verfasser hält die Erkrankung für ein echtes sekundäres Syphilid.

9. **Über Hyperkeratosis striata et follicularis und Lichen ruber atypicus,** von Carl Bruck-Breslau. Beschreibung eines eigenartigen Krankheitsfalles, der in der Literatur Analoga nur in je einem von Hebra und von Neisser beschriebenem Falle findet, mit diesen aber weitgehende Ähnlichkeit aufweist. Die Eigenart der Hauteffloreszenzen ist völlig der von Hebra zuerst beobachteten Hyperkeratosis striata et follicularis analog, der Verlauf des Falles aber und vor allem die Rückbildung unter Arsen sprechen mit Sicherheit für einen atypischen Lichen ruber. Aus den (mitgeteilten) drei Fällen ergibt sich für Verfasser, daſs offenbar sehr selten ganz atypisch mit verrukösen Hyperkeratosen verlaufende Lichen ruber-Formen vorkommen, bei denen die für diese Krankheit geltenden Charakteristika so in den Hintergrund treten, daſs eine Abgrenzung dieser Lichenfälle von reinen Hyperkeratosen auf enorme Schwierigkeiten stoſsen kann. „Nach den bisherigen Erfahrungen ist es daher zum mindesten sehr zweifelhaft, ob man die Selbständigkeit des Krankheitsbildes der Hebraschen Hyperkeratosis follicularis et striata anerkennen soll, und man wird gut tun, in ähnlichen Fällen an den wahrscheinlicheren Zusammenhang mit Lichen ruber zu denken, bzw. durch das therapeutische Experiment der Arsentherapie diesen Zusammenhang zu erproben.“

10. **Über Hauteruptionen bei der myeloiden Leukämie und der malignen Granulomatose,** von E. Bruusgaard-Christiania. Bei einem 38jährigen Arbeiter mit typischer myeloider Leukämie finden sich zerstreut am Rumpf und an den oberen Extremitäten linsengroſse, bläulich gefärbte, über das Niveau der Haut etwas hervorragende Infiltrate, die bis in das subcutane Gewebe reichen und mikroskopisch aus Zellen zusammengesetzt sind, die genau mit denen des Blutes übereinstimmen. Verfasser hält diesen Fall für den ersten eindeutigen, wo bei myeloider Leukämie die Hautinfiltrate eine „Kolonisation“ von myeloiden Zellen zeigen.

11. **Zur Kenntnis der Lebererkrankungen im Frühstadium der Syphilis,** von A. Buschke und F. Zernik-Berlin. Bei einer frisch syphilitischen 18jährigen Patientin mit noch bestehender Sklerose entwickelte sich ein Ikterus, der zuerst gutartiger Natur war, dann aber alle Erscheinungen annahm, welche wir der akuten gelben Leberatrophie klinisch vindizieren. Nach anfänglicher Schwellung der Leber plötzliche erhebliche Verkleinerung des Organs, cerebrale Erscheinungen (Bewuſstseinsstörung, Delirien), Magendarmsymptome (Erbrechen), Ausscheidung von Leucin und Tyrosin im Harn. Ausgang in Heilung. — Eine Reihe Untersuchungen über die Ausscheidung von Leucin und Tyrosin weisen daraufhin, daſs die Ausscheidung dieser unvollkommenen Oxydationsprodukte des Eiweiſses gelegentlich auch bei Gesunden vorkommen kann, wenngleich ein gewisser Zusammenhang mit Lebererkrankungen nachweisbar ist.

12. **Die Arteriosklerose in ihren Beziehungen zur Syphilis,** von Roberto Campana-Rom. Der Artikel ist italienisch geschrieben.

13. **Über Pemphigus vegetans.** Eine historische, klinische und histologische Studie, von Carl Cronquist-Malmö. In dem beschriebenen Falle, der dem Verfasser Gelegenheit zu einer kritischen Besprechung der Literatur gibt, fand sich ein positiver Wassermann. Eine eingeleitete Hg-Kur zeitigte eine, wenn auch vorübergehende Besserung. Genaue histologische Untersuchungen, die unter anderem ergaben, daſs die sich häufig findenden sogenannten Abscesse im Epithel nichts anderes sind „als stellenweise besonders weit getriebene Erweiterungen der Intercellularräume, welche dadurch Lakunen bilden, deren Inhalt Sammlungen von Leukocyten ausmachen“.

14. **Zur Anatomie der Spätsyphilis des Hodens und des Nebenhodens,** von E. DELBANCO-Hamburg. Genaues histologisches Protokoll eines wegen vermeintlichen Sarkoms exstirpierten Hodenpräparates mit auffälliger Beteiligung des Nebenhodens.

15. **Bericht über die Arbeiten der zum Studium der Lepra in die dänischen Antillen 1909 gesandten Mission,** von EHLERS - Kopenhagen, BOURRET und WITH. (Französisch.) In folgenden Arthropoden haben sich Leprabazillen gefunden: Cimex lectularius, Pulex irritans, Pediculus capitis und Stegomyia fasciata; doch scheint eine wirkliche Übertragung auf diesem Wege zu den gröfsten Seltenheiten zu gehören. — Aus den Blutuntersuchungen hat sich ergeben, dafs die WASSERMANNsche Probe selbst bei dem gleichen Patienten eine äufserst wechselnde war. Bazillen haben sich im Blute eigentlich nur gefunden, wenn dasselbe aus Lepromen entnommen wurde.

16. **Über die Entstehung der sekundären syphilitischen Drüsenschwellung nebst Bemerkung über Neuritis des Sekundärstadiums,** von S. EHRMANN. Unter sekundärer Drüsenschwellung versteht E. hier nicht die Induration der vom Initialaffekt entfernten Drüsen vor dem Ausbruch des ersten Exanthems, sondern Drüsenschwellungen, die nach dem Proruptionsstadium, etwa die ersten zwei Jahre post infectionem entstehen und unter Umständen auch erweichen.

Aus einer gröfseren Anzahl solcher Fälle berichtet er drei, und bespricht das Entstehen dieser Drüsengeschwülste. Er glaubt, dafs aus den Gefäfsen des Syphilids und dem umgebenden veränderten Gewebe Spirochäten durch die abführenden Lymphbahnen in die der betreffenden Region zugehörigen Lymphdrüsen gelangen und dort der Skleradenitis entsprechende Veränderungen anregen.

17. **Über eine eigenartige Verhornungsanomalie der Follikel und deren Haare,** von GALEWSKY - Dresden. Beschreibung eines Falles, dessen mikroskopische Präparate bereits 1907 auf der Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte demonstriert wurden.

18. **Über Ekthyma gangraenosum,** von K. GROEN - Christiania. Kasuistik: 18 Tage altes Kind, das nach sechs Tagen zugrunde ging. Mikroskopische und bakteriologische Untersuchungen.

19. **Statistik der neuen Abortivbehandlung der Syphilis,** von H. HALLOPEAU. Nach der (an anderer Stelle wiederholt geschilderten) Methode HALLOPEAU sind von ihm und anderen Autoren bisher 166 Fälle behandelt worden und bis zu 30 Monaten beobachtet, ohne einen negativen Fall. (Französisch.)

20. **Über Vaccinebehandlung blennorrhoischer Affektionen,** von E. H. HANSTEEN-Christiania. Aus den Versuchen geht hervor: 1. dafs blennorrhoische Gelenkleiden durch die Vaccine günstig beeinflufst werden können; 2. dafs Epididymitiden zuweilen beeinflufst werden, dafs aber diese Wirkung keine konstante ist, dafs sogar eine Epididymitis während der Vaccinebehandlung entstehen kann; 3. dafs die blennorrhoische Schleimhautaffektion insofern beeinflufst werden kann, als in einigen Fällen Verminderung der Sekretion eintritt, während die Gonokokken nicht aus der Schleimhaut verschwinden. Eine Verkürzung der Dauer der Urethralblennorrhoe wurde in diesen Fällen nicht beobachtet.

21. **Halbseitige spastische Hemiplegie bei einem kongenital-syphilitischen Kinde,** von JULIUS HELLER-Charlottenburg. Mitteilung eines interessanten einschlägigen Falles; Besserung unter spezifischer Behandlung.

22. **Über den Nachweis von Tuberkelbazillen und MUCHschen Granula bei Lupus vulgaris, Lupus erythematodes, Erythema induratum BAZIN, Lupus pernio und papulo-nekrotischem Tuberkulid,** von S. HIDAKA - Japan. Die gleichzeitige Anwendung des Antiforminverfahrens und der MUCHschen Färbung ist zum

Studium der tuberkulösen Hauterkrankungen und der sogenannten Tuberkulide von der gröfsten Bedeutung. Besonders scheinen die MUCHschen Granula einen spezifischen Befund darzustellen, der heute den Tuberkelbazillennachweis in jedem Falle von Lupus vulgaris zum konstanten Befund macht (Untersuchung von elf Fällen).

Weniger positiv waren die Befunde in fünf Fällen von Lupus erythematodes, Verfasser kann sich auf Grund seiner Befunde nicht „dazu entschliefsen, alle die Tatsachen, welche gegen eine tuberkulöse Natur des Lupus erythematodes sprechen, aufzugeben“.

23. **Ein Fall von Naevus PRINGLE und Neurofibromatosis (v. RECKLINGHAUSEN)**, von A. HINTZ-Wien. Kasuistik; histologische Untersuchungen.

24. **Ein neues Verfahren zum Nachweis von Jodverbindungen im Harne,** von I. HOLMGREN - Stockholm. Wenn man auf Löschpapier einige Tropfen 3%iger Wasserstoffsuperoxydlösung absetzt und dann im Zentrum des entstandenen nassen Fleckes mittels Pipette eine geringe Menge jodhaltigen Harns appliziert, so erhält man unmittelbar eine schöne Jodreaktion, die, wenn der Jodgehalt grofs ist, z. B. im Tagesharn bei einer Jodkaliumdosis von 4—6 g pro die, als ein brauner Ring von freiem Jod, wenn der Jodgehalt geringer ist, in Form eines blauen Ringes (Jodstärke) erscheint. Die Empfindlichkeit der Reaktion läfst sich beträchtlich dadurch erhöhen, dafs man in die Mitte des Wasserstoffsuperoxydfleckes eine geringe Quantität Acid. hydrochloric. (25%) bringt.

25. **Über die Beteiligung der Drüsen und der SKÈNEschen Lakunen der weiblichen Urethra am blennorrhoischen Prozesse,** von VIKTOR JANOVSKY-Prag. Allgemeine Betrachtungen auf Grund reicher Erfahrung und der über dies Gebiet veröffentlichten Literatur.

26. **Zum „Nil nocere“ in der Dermatologie,** von MAX JOSEPH-Berlin. J. berichtet über Verbrennungen und Schädigungen nach Röntgenbestrahlung in Fällen von Hauterkrankungen, bei denen für die Notwendigkeit der Bestrahlung wirklich keine Indikationen vorlagen.

27. **Über ein eigentümliches Exanthem bei Anaemia pseudo-leucaemica infantum,** von FRITZ JULIUSBERG - Posen. Es handelte sich um ein Kind mit dem klinischen Bilde der sogenannten Anaemia infantum pseudo-leucaemica, und entsprechendem Blutbefunde, welches ein eigenartiges Exanthem aufwies. Dieses setzte sich zusammen aus sieben Einzeleffloreszenzen, die als purpurrote tumorartige Erhebungen begannen, die sich schnell an der Peripherie vergröfserten, während gleichzeitig mit der Gröfsenzunahme an der Peripherie regressive Veränderungen eintraten. Histologisch fand sich die Geschwulst bedingt durch einen massenhaften Austritt roter Blutkörperchen in das Corium und in das Epithel und konsekutiv regressive Veränderungen im Zentrum mit Zerstörung des Epithels. Ferner fanden sich in der Tiefe eigenartige Infiltrationen, die zwar nicht den bekannten leukämischen Infiltraten entsprachen, aber teilweise wohl durch Ansammlungen von Lymphocyten und deren Zerfallsprodukten bedingt waren.

28. **Probleme der Lupustherapie,** von ALFRED JUNGMANN-Wien. Neue Drucklinsen mit optischem Apparat zum Ansatz an den Konzentrationsapparat der Finsenlampe zur Behandlung der Schleimhäute des Nasen- und Mundinneren. Erklärende Abbildungen.

29. **Die Serodiagnostik der Syphilis in der Pädiatrie,** von R. LEDERMANN-Berlin. Negativer WASSERMANN fand sich bei 41 Kindern, deren Eltern teilweise sicher syphilitisch waren und die in einigen Fällen auch selbst unzweifelhafte Zeichen der Erkrankung trugen. Daraus geht hervor, dafs bei Kindern die negative Reaktion offenbar nicht den Rückschlufs gestattet, dafs sie wirklich von Syphilis freigeblieben sind.

Andererseits gaben 44 Kinder positive Reaktion: Bei Kindern kann der WASSERMANN trotz Abwesenheit von Symptomen lange Zeit erhalten bleiben, selbst wenn sie mehrfache und gute Behandlung durchgemacht haben.

30. **Vereinfachungen der WASSERMANNschen Methode zur Serodiagnose der Syphilis;** kritische und analytische Studie, von E. JOLTRAIN und LEVY-BING-Paris. Besprechung der Modifikationen von PORGES, KLAUSNER, TSCHERNOGUBOW, FOIX, NOGUCHI, BAUER, HECHT, JOLTRAIN und BENARD; Beschreibung der letzten Methode, die an 71 Fällen, 62 mal in Übereinstimmung mit WASSERMANN, erprobt wurde.

W. Lehmann-Stettin.

Dermatologisches Centralblatt.

Band 14, Nr. 7. April 1911.

1. **Elastische Metallkatheter,** von F. B. SOLGER-Rostock. Der Katheter beginnt als starres Rohr, geht dann in einen beweglichen Spiraldraht über, entsprechend dem Teile, der die Urethra posterior zu passieren hat, und endigt wieder als massives Rohr.

2. **Zur Abortivbehandlung der Blennorrhoe,** von A. SPINDLER-Reval. Der Penis wird möglichst hoch abgeklemmt, mit $^1/_4$—$^1/_2$%iger Protargollösung ausgespritzt; nach Anästhetisierung der Harnröhre mit 2%igem Eukain wird 4—5%ige Protargollösung drei- bis viermal bis zur prallen Füllung injiziert und jeweils zwei Minuten darin belassen; darauf Spreizen des Introitus mit gefensterter Pinzette und Einträufeln bzw. Auswischen der Fossa navicularis mit 20%iger Protargollösung. Diese ganze Prozedur wird zur Sicherheit an den zwei bis drei nächsten Tagen wiederholt und ist von positivem Resultate begleitet, wenn nur frische geeignete Fälle ausgewählt werden.

3. **Zur Geschichte des KUMMERFELDschen Waschwassers.** Ein Beitrag zur Geschichte der Kosmetik, von J. PAGEL-Berlin. Als Resultat eingehender Nachforschungen hat sich ergeben, dafs das ursprüngliche Rezept von einer Schauspielerin, namens KUMMERFELD stammt, die es seit 1780 an sich selbst verwendete, und 1796 der Hofapotheke zu Weimar zur Verbreitung übergab. *W. Lehmann-Stettin.*

The British Journal of Dermatology.

April 1911.

Ein Fall von ausgedehnter Blasen- und hämorrhagischer Eruption mit schweren konstitionellen Symptomen, Heilung, von E. G. FEARNSIDES. Der Fall, eine 20jährige Aufwärterin betreffend, schien F. wegen der Multiformität der Hautveränderungen und des hochgradig affizierten Allgemeinbefindens von Interesse; klinisch machte er den Eindruck einer Streptokokken-Septikämie, wobei der behaarte Kopf die Infektionsquelle abgab; die Reinkulturen aus dem Blute blieben aber steril und gaben keine Bestätigung dieser Diagnose ab. Die mehr oder weniger symmetrische, weitverbreitete Eruption befiel hauptsächlich die Unterextremitäten, besondes Oberschenkel, in höherem Mafse die Streck- als die Beugeseiten, die Palmar- und Plantarflächen aber völlig freilassend. Behaarter Kopf, Stirne, Nasen- und Unterkiefergegend waren ebenfalls — in etwas geringerem Grade — befallen, aber Nacken und Rumpf beinahe frei von Ausschlag. Derselbe bestand aus drei verschiedenen Eruptionen: 1. Flecken von diffusem Erythem, 2. Hauthämorrhagien, Purpura- und Petechialflecken bis zu Markstückgröfse und 3. Blasen von wechselnder Gröfse, von kleinen Vesikeln bis zu grofsen, runden und ovalen Bullae mit hämorrhagischem Inhalt. Aus den frischen, kleineren Blasen wurden Reinkulturen von Streptococcus pyogenes aureus

gewonnen. Aufser dem sonstigen sehr unsauberen Aussehen der Patientin waren deren Kopfhaare mit Nissen, Pediculi und reichlichen Krusten dicht besetzt. Vier bis fünf Tage lang war der Allgemeinzustand ein Typhus-ähnlicher und ziemlich schwerer, zuweilen sogar dem Tode naher. Kalomel, salinische Abführmittel und Arseniktropfen wurden innerlich gegeben, aber entschiedene Besserung trat erst auf, als 20 ccm Antistreptokokkenserum subcutan gegeben und diese Dosis nach drei Tagen wiederholt wurde; nach etwa 14 Tagen stellte sich keine neue Hauteruption mehr ein und die Heilung ging nun in vollständiger Weise rasch vonstatten. Als Überreste blieben teilweise pigmentierte, teilweise kleinere nicht-pigmentierte Narben zurück.

Die Technik der intravenösen Salvarsaninjektion, von James McIntosh und Paul Fildes. Die am Londoner Hospital auf der Abteilung von Sequeira nun allgemein eingeführte Methode ist der Hauptsache nach dieselbe, wie die von Iversen eingeführte und schon ausführlich veröffentlichte. Sie hat bekanntlich den Vorteil der Einfachheit, so dafs ein Assistent entbehrlich ist; es können in sechs bis neun Minuten 300 ccm in die Vene eingepumpt werden, und die Nadel bleibt, ohne dafs sie gehalten wird, ruhig an derselben liegen. Die einzelnen Teile des Apparates können auch leicht sterilisiert werden. *Stern-München.*

Verhandlungen der Kgl. medizinischen Gesellschaft zu London.

Dermatological Section.

Bd. IV. Nr. 5.

Sitzung vom 16. Februar 1911.

Fall von unilateralem Pigmentnaevus, von H. G. Adamson. Bei der 18jährigen, wegen Herzfehlers in Behandlung befindlichen Patientin fanden sich dunkelbraune, halberbsengrofse Pigmentflecke der einen Seite von der Höhe des Nabels bis zur Crista ossis ilei (hinten) bzw. (vorne) bis zur Inguinalfalte. Die Affektion war vorne sowie hinten scharf an der Mittellinie des Körpers abgeschnitten.

Fall von Purpura, von G. W. Dawson.

Fall zum Diagnostizieren, von E. G. G. Little. Es handelt sich um einen 29jährigen robusten Landwirt, der seit 16 Jahren in Rhodesia ansässig gewesen war, und seit 1¼ Jahr auf der Glans penis kleine rote Papeln bemerkt hatte. Seit sechs Monaten in Europa, hat er inzwischen auch kleine ringförmige Flecke an der Brust bemerkt. Auch ist jetzt der eine Ulnarnerv etwas dicker als der andere. Die Wassermannsche Reaktion ist negativ ausgefallen, ebenso die Untersuchung des Nasensekretes auf Leprabazillen.

Fall von Naevus pigmentosus, verrucosus et pilosus, von E. G. G. Little. Bemerkenswert war die enorme Ausdehnung der Affektion, welche bei dem zweijährigen Knaben fast den ganzen Rumpf ohne Unterbrechung überzog und aufserdem das Gesicht und die Extremitäten herdweise ergriffen hatte.

Zwei Fälle von Naevus unius lateris, von E. G. G. Little. An den mitgegebenen Photogrammen ist die Affektion, welche bei beiden Kindern vom unteren Ansatz der Ohrmuschel ziemlich senkrecht nach abwärts verläuft und aufserdem bei dem einen Kranken auch die Wange ergriffen hat, recht deutlich zu erkennen.

Kleinsporige Trichophytie der Kopfhaut bei einer 23jährigen Frau, von J. M. H. Macleod. In England ist diese Form entschieden selten; die Patientin war durch ihren Sohn infiziert worden.

Nicht-ulceröses Tuberkulid (?), Boecksches Miliarsarkoid als Komplikation von Lupus vulgaris, von J. H. Sequeira. Bei diesem in der Sitzung vom 20. Januar 1910 schon vorgestellten 21jährigen Patienten ist in bezug auf die Dermatose keinerlei

Änderung bisher eingetreten. Die in extenso mitgeteilten histologischen Verhältnisse, soweit man sie an einem exzidierten Knötchen erforschen konnte, zeigten keinen Anhalt für Lupus. Verfasser faſst die Läsion demnach als ein Tuberkulid auf.

Band IV, Nr. 6.

Sitzung vom 16. März 1911.

Zwei Fälle von Adenoma sebaceum bei Mutter und Sohn, von H. G. Adamson. Bei der 31jährigen Mutter soll die Affektion kongenital gewesen sein, während bei dem fünfjährigen Sohne die jetzt sehr zahlreichen Läsionen in ihren ersten Anfängen erst vor etwa Jahresfrist bemerkt wurden. Eine Beeinträchtigung der Intelligenz scheint bei diesen beiden Patienten nicht vorzuliegen.

Fall zum Diagnostizieren, von S. E. Dore. Ein 41jähriger Mann bietet seit 14 Monaten einen rotbraunen, ovalen, zuweilen ulcerierenden Fleck eben oberhalb des Ligamentum Poupartii dar. Die Differentialdiagnose schwankt zwischen Spätsyphilid, ulcerierter Morphoea, Tuberkulose und Pagetscher Krankheit.

Monilithrix bei einem Kinde von 16 Monaten, von S. E. Dore. Auſser dem hier demonstrierten Kinde leidet dessen älterer Bruder an der gleichen Affektion. Beide zeigen rhachitische Veränderungen. Der mikroskopische Befund ergibt einige Abweichungen von den gewöhnlichen Verhältnissen.

Ein mit Thyreoidextrakt behandelter Fall von Ichthyosis bei einem Kinde von 16 Monaten, von T. Colcott Fox. Unter lokaler Behandlung mit Glycerin und Wasser und der internen Verabreichung von 0,03 Schilddrüsenextrakt war eine bemerkenswerte Besserung eingetreten. Über das Verhalten der Schilddrüse bei Ichthyosis wären genauere Beobachtungen in gröſserer Anzahl erwünscht, da die bisherigen Mitteilungen darüber nur spärlich und wenig übereinstimmend sind. Im vorliegenden Falle war keine Drüse zu erkennen.

Fall zum Diagnostizieren, von E. G. G. Little. Es handelte sich vielleicht bei dem 37jährigen Patienten, Apothekergehülfen, Vater von drei gesunden Kindern, um einen irregulären Fall von Pityriasis rosea.

Naevi von ungewöhnlicher Beschaffenheit bei einem 12jährigen Mädchen, von E. G. G. Little. Die sehr zahlreichen, teils rosaroten, teils auch exkoriierten und stellenweise braun pigmentierten Läsionen hatten erst im achten oder neunten Lebensmonat sich zu entwickeln begonnen; sie waren ausschlieſslich auf die rechte Körperhälfte beschränkt. Stellenweise machten sie den Eindruck eines Lichen planus.

Keloidbildung an den durch syphilitische Geschwüre entstandenen Narben, von J. M. H. Mac Leod. Bei dem 31jährigen Patienten hatte die syphilitische Infektion vor zwölf Jahren stattgefunden; die Ulcerationen hatten sich vor fünf Jahren entwickelt; aber es war nicht festzustellen, wie lange die in mehreren Exemplaren vorhandenen kleinen roten keloiden Verdickungen bestanden haben.

Fall von kongenitalem Xanthom (Endotheliom), von J. E. R. McDonagh. Bei dem vorliegenden Falle, ein Mädchen von fünf Monaten betreffend, waren die etwa linsengroſsen, zahlreichen Läsionen zuerst 14 Tage nach der Geburt bemerkt worden. Sie waren anfangs von roter Farbe und vergingen vielfach spontan nach vorheriger Gelbfärbung. Die den Hauptpunkten nach mitgeteilten mikroskopischen Verhältnisse ergaben, daſs die Tumoren der Hauptsache nach aus Endothelialzellen und festen Bindegewebszellen bestanden.

Fall von (?) Mykosis fungoides, von J. H. Sequeira. Ein 48jähriger Meiereiarbeiter klagt seit zwei Jahren über eine Hautaffektion, die mit Furunkeln und Papeln anfing und mit intensivem, nur vorübergehend durch Röntgenbehandlung gelindertem Juckreiz verbunden ist. Die ziemlich scharf umschriebenen, roten, leicht schuppenden Flecke haben sich jetzt über fast den ganzen Körper ausgebreitet.

Alopecie nach syphilitischer Infektion bei einem siebenjährigen Knaben, von J. H. SEQUEIRA. Obwohl der Modus der Infektion nicht mit Sicherheit nachzuweisen war, kann man bei dem typischen Aussehen der Haaraffektion und dem Vorhandensein charakteristischer Hautläsionen, Drüsenschwellungen und positiver Serumreaktion über die Diagnose nicht im Zweifel sein.

Lichen planus mit ungewöhnlicher Lokalisierung, von J. H. SEQUEIRA. Die charakteristischen Läsionen waren bei der Patientin, einer 34 jährigen Frau, zwischen den Schulterblättern auf die Mittellinie des Rückens beschränkt, breiteten sich aber an den Stellen, wo das Korsett gedrückt hatte, nach beiden Seiten in die Weichen aus und hatten auch an einzelnen Stellen den linken Oberschenkel ergriffen.

Bericht über einen zum Diagnostizieren vorgestellten Fall (Sarkoma cutis), von F. A. WARNER und W. FOX. Der im Dezember 1910 vorgestellte Patient ist einige Wochen nachher unter den Erscheinungen zunehmender Dyspnöe und eines durch die Punktion bestätigten Pleuraergusses gestorben. Eine Autopsie wurde nicht gestattet, doch erscheint die Diagnose „Sarkom in etwas ungewöhnlicher Form" durchaus begründet. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

The Journal of cutaneous diseases including Syphilis.

April 1911.

Pellagra in Ohio: mit Bericht über einen Fall, von WILLIAM THOMAS CORLETT-London und OSCAR THEODOR SCHULTZ-Cleveland. Der Fall betraf einen 64-jährigen Mann, in Amerika geboren, früher Marinetechniker, seit zwei Jahren Farmer, bei dem seit wenigstens fünf Jahren Magendarmstörungen, ferner ausgesprochene Stomatitis und seit etwa 1½ Jahren eine heftige Dermatitis, die jeglicher Therapie trotzte und besonders an den Dorsalflächen der Hände, der Vorderarme und im Gesicht ausgebreitet war, vorhanden waren. Aufserdem war der physische Zustand des Patienten ein ziemlich geschwächter; er verfiel allmählich immer mehr und starb etwa eine Woche nach Aufnahme ins Krankenhaus. Der grobe autoptische Befund ergab keine charakteristischen Erscheinungen, die histologische Untersuchung jedoch sowohl die Hautveränderungen als Atrophie, die des Magens als atrophische Gastritis und ebenso am Zentralnervensystem Atrophie der Ganglienzellen, ferner an den Nerven Erscheinungen chronischer Entzündung und degenerativer Prozesse. In Anbetracht dessen, dafs Pellagra von vielen Seiten als eine toxische Trophoneurose angesehen wird, sind die Veränderungen der Nervenzellen und -Stränge von Bedeutung. Es dünkt C. wahrscheinlich, dafs wenigstens in diesem Falle das Nervensystem zuerst ergriffen wurde und dies zu einem Verlust an Ganglienzellen, dann Verschwinden der Axenzylinder in den, die Hautgebiete und die Magensubmukose versorgenden Nerven führte; diese Veränderungen des zentralen und peripheren Nervensystems würden genügen, um das klinische Symptomenbild: geistige Schwäche, gastrointestinale Erkrankung und symmetrische Hautveränderungen zu erklären. Schliefslich spricht C. die Überzeugung aus, dafs Pellagra, wenn auch nicht völlig auf bestimmte Gegenden dieses Landes beschränkt, so doch in ihrer Ausdehnung ziemlich begrenzt und wahrscheinlich doch keine neue Krankheit in den Vereinigten Staaten sei, wie mancherseits angenommen werde.

In der folgenden Diskussion (auf der 34. Jahresversammlung der amerikanischen Dermatologenvereinigung, Washington, 3. bis 5. Mai 1910) führte BABCOCK an, eine ungefähre Schätzung der Pellagrafälle in den Vereinigten Staaten habe vor einem Jahre die Zahl 1500 ergeben, seitdem haben sie sich aber wieder vermehrt, indem in 27 bis 28 Staaten Fälle gefunden und Virginia, Südkarolina und die Golfstaaten als Hauptherde erkannt wurden. Sicher existierte die Krankheit schon seit 30 Jahren

und manche Fälle gingen bis auf das Jahr 1870 zurück. Die Mortalität ist nach den Erfahrungen am Mt. Vernon Spital und anderen Krankenanstalten eine ziemlich hohe: zwischen 40 und 70%. Was die Behandlung betrifft, so wurden aufser Diät alle möglichen Mittel versucht, das Atoxyl erwies sich zuweilen als nützlich.

Stelwagon und Hartzell erwähnten bezüglich der Ätiologie Fälle von Pellagra, bei welchen zweifellos kein Genufs von indischem Korn stattgefunden habe, während Pusey dies ernstlich in Zweifel stellt, vielmehr alle Arten von Korn, die in verdorbenem Zustande genossen würden, für Pellagra verantwortlich macht. Dieselbe sei übrigens schon länger im Lande als man hinneige zu glauben und wahrscheinlich seien viele Fälle früher, besonders unter den Einwanderern, nicht erkannt worden.

Ein tödlicher Fall bullöser Dermatitis, von S. Pollitzer-New York. Patient war ein 56jähriger Kaufmann, verheiratet und Vater von vier gesunden Kindern. Bei der ersten Untersuchung war die Haut des ganzen Körpers mit Ausnahme von Nacken, Kopf und Händen rot, etwas ödematös und heftig juckend; zwei Tage später traten kleinere und gröfsere Blasen an verschiedenen Körperstellen auf, die Extremitäten schienen sehr verdickt, Leisten- und Achseldrüsen geschwollen, auch Gesicht und behaarter Kopf zeigten Blasen. Fieber, hochgradige Eosinophilie, Allgemeinbefinden schlecht, mit dem Fallen des Fiebers wurde letzteres immer schlechter. Am Ende der dritten Woche war das Hautleiden relativ bedeutend gebessert, neue Blasen waren seit einigen Tagen nicht mehr aufgetreten, die alten geheilt oder in Heilung begriffen; aber damit wurde der Allgemeinzustand immer schlechter: Delieren, grofse Unruhe und neuerdings Temperatursteigerung; 31 Tage nach dem Auftreten der ersten Blasen und etwa 40 Tage nach dem Beginn der Krankheit trat der Tod ein. Reinkulturen aus dem Blute, aus dem Blaseninhalt und Überimpfungen waren negativ, auch die Sektion ergab keine Aufklärung des Falles. Dessen bemerkenswerteste Seite war die tiefgehende Toxämie, welche sich bei demselben relativ früh entwickelte, ständig anhielt und zum Tode führte; bezüglich der Ätiologie dieser Toxämie mufs P. seine völlige Ignoranz eingestehen.

In der folgenden Diskussion (auf der 34. Jahresversammlung der amerikanischen Dermatologenvereinigung) erklärte Hyde, er habe ein paar ähnlich, tödlich verlaufene Fälle beobachtet, bei welchen die Sektion ebenfalls nichts ergeben habe; solche Fälle bewiesen aber, dafs unsere Kenntnisse in mancher Hinsicht noch mangelhaft seien.

Einige Probleme des Stoffwechsels bei Patienten mit gewissen Hautkrankheiten, von L. Duncan Bulkley-New York. Stoffwechselanomalien haben, wie B. schon auf dem fünften internationaten Dermatologenkongrefs (Berlin 1904) ausgeführt hat, einen zweifellosen kausalen Zusammenhang mit gewissen Hautkrankheiten, wie besonders Psoriasis, Prurigo, vielen Arten von Ekzem und Urticaria. Die Zusammensetzung und Beschaffenheit des Urins ist nun der beste Indikator für diese Stoffwechselanomalien und B. glaubt, man könne gar nicht genug Wichtigkeit auf dessen wiederholte, sorgfältige volumetrische und anderweitige Untersuchung bei chronischen Krankheiten der Haut und anderer Organe legen. Die Bestimmung des Harnstoffs, des Phosphate, der Sulphate, des Indikans soll von grofser, jene der Chloride, der Harnsäure und Urate von geringerer Bedeutung in ihrem Zusammenhange mit Hautkrankheiten sein, und ohne auf die bezüglichen näheren Einzelheiten einzugehen, sei nur erwähnt, dafs B. seine Ansicht bezüglich der veränderten Harnzusammensetzung bei Hautkrankheiten auf nahezu 4000 Harnanalysen, welche bei Patienten mit verschiedenartigen Hautkrankheiten ausgeführt wurden, nun stützen kann.

In der folgenden Diskussion (auf der 34. Jahresversammlung amerikanischer Dermatologen) war es vor allem Duhring, welcher gröfseren Nachdruck auf den Zusammenhang von Haut- mit Krankheiten innerer Organe gelegt wissen möchte.

Prurigo und die Papel mit urticarieller Basis, von O. H. HOLDER-New York. Durch das Studium der Prurigo kam man dazu, aus der allgemeinen Gruppe der Papeln eine Untergruppe auszuscheiden, welche als Papel mit urticarieller Basis bezeichnet wird. Deren Charakteristikum ist rapide Ödembildung der Cutis und das Vorhandensein eines hauptsächlich flüssigen Inhalts während der ganzen Dauer der Papel, die klinischen Symptome sind intensives Jucken und die Entwicklung eines kleinen Bläschens an der Spitze der Papel. Es wurde nun festgestellt, dafs ähnliche und wahrscheinlich identische juckende Papeln, einzeln und nicht in Gruppen auftretend, aufser bei der eigentlichen Prurigo (HEBRA) bei Prurigo mitis, bei Lichen urticatus und vielen anderen Dermatosen, bei welchen die Urticaria papulosa eine mehr sekundäre und weniger wichtige Stellung einnimmt, vorkommen. Stets sind bei dieser Papelentwicklung drei Stadien vorhanden: 1. präpapuläres des Juckens mit Exkoriationserscheinungen, 2. papuläres, mit oder ohne vesikulöse oder vesiculopustulöse Spitze und 3. postpapuläres mit einer kleinen Blutkruste. H. beschäftigte sich mit der Entstehungsart der Papel und hält es für wahrscheinlich, dafs sie durch die Gesetze der Mechanik — durch Flüssigkeitsdruck in den feinen Gefäfsen und Kapillaren und die Muskeltätigkeit — zu erklären ist. Die von manchen Seiten angenommene Ursache der Papelbildung durch ein Trauma der Haut würde durch diese Befunde H.s weitere Bestätigung finden. *Stern-München*.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Heft 4. April 1911.

Beitrag zum Studium der pathologischen Anatomie und der Pathogenese der Keloidakne des Nackens, von L. M. PAUTRIER und J. GONIN. Eine ausführliche Arbeit über die genannte Dermatose auf Grund von Literaturstudien und eigenen Beobachtungen. Zuerst behandeln die Autoren die Frage, ob die Keloidakne des Nackens identisch sei mit dem Aknekeloid, das man häufig in der Sternalregion antrifft. Klinische Erwägungen und ihre histologischen Untersuchungen bringen sie zu dem Schlusse, dafs trotz mancherlei Übereinstimmung, namentlich in histologischer Hinsicht, beide Affektionen scharf auseinander zu halten sind. Bezüglich der Pathogenese sind sie von der infektiösen Natur der Dermatose überzeugt, glauben aber nicht an deren tuberkulöse Ätiologie.

Sarkom der Nase, von J. DARIER. Bei einem Patienten hatte sich vor zwei Jahren ein Knoten auf der Oberlippe gebildet, der trotz wiederholter chirurgischer Entfernung stets rezidivierte. Beim Spitalseintritte bestand ein grofser, von der Nasenwurzel bis zur Oberlippe reichender, dunkelroter, böckriger, derber, teils ulcerierter Knoten, der die Nase in die Höhe zu heben schien und sie auch teilweise infiltrierte. Rhinosklerom, Tuberkulose, Syphilis wurde ausgeschlossen. Die histologische Untersuchung ergab ein Spindelzellensarkom. Heilung durch Bestrahlung.

Ulceriertes Lymphosarkom der Lippe, von J. Darier. Bei einem 70jährigen Patienten war die ganze Unterlippe in einen derben, ulcerierten, uneben-höckrigen, wuchernden Tumor verwandelt, der aber wenig schmerzte und kaum Beschwerden machte. Die Diagnose wurde erst auf Epitheliom gestellt, doch zeigte die histologische Untersuchung ein Lymphosarkom.

Narbenähnliches Epitheliom der Stirne, von GEORGES THIBIERGE und R. J. WEISSENBACH. Bei einer 44jährigen Frau entwickelte sich seit neun Jahren aus einem kleinen Knoten ein grofser flacher, fast die ganze Stirne einnehmender Herd, mit etwas infiltriertem und gerötetem Rande und glattem, atrophischem, narbigem Zentrum. Die bereits klinisch gestellte Diagnose wurde durch die histologische Untersuchung bestätigt.

Psoriasis mit Arsen behandelt. Arsenmelanose und -keratose, von Eyraud. Ein Patient behandelte seine zehnjährige Psoriasis seit drei Jahren mit Liquor Fowleri, indem er während drei Wochen in jedem Monate bis zu 33 Tropfen nahm. Vor $1^1/_2$ Jahren trat Hyperhydrose der Fufssohlen auf, an die sich eine Verdickung der Hornschicht anschlofs. Dasselbe geschah später noch mit den Flachhänden. Seit sieben Monaten besteht eine Pigmentierung, die den ganzen Körper betrifft und nur von einzelnen weifsen Flecken unterbrochen ist. Auf den hyperkeratotischen Stellen befinden sich warzenähnliche Gebilde, die bereits Übergänge zu Epitheliomen darzustellen scheinen.

Desquamation des Venenendothels durch Salvarsaninjektion, von Ch. Audry. Bei einer intravenösen Salvarsaninfusion war etwas Flüssigkeit neben die Vene gegangen, so dafs sich eine kleine Nekrose bildete, in der die Vene freilag. Ein Stück wurde exzidiert und histologisch untersucht. Die Adventitia ist von Leukocyten durchsetzt, die Muscularis fast intakt. Dagegen fehlt das Endothel völlig, so dafs der vorhandene Thrombus direkt der Elastica anliegt. Der Thrombus besteht im Zentrum aus Blutelementen, in der Peripherie aus abgestorbenem Endothel. A. meint, dafs diese Nekrose sofort bei der Infusion eintritt. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Annales des Maladies vénériennes.

Band VI, Heft 2. Februar 1911.

1. **Hektin in der Behandlung der Syphilis;** therapeutischer und abortiver Effekt; lokale und allgemeine Wirkungen, von F. P. Guiard. Bericht über die Arbeiten von Hallopeau und Milian; ausführliche Wiedergabe der Krankengeschichte von sechs eigenen mit Hektin behandelten Fällen. Aus den Schlufsfolgerungen des Verfassers sei hervorgehoben: Die subcutanen Hektininjektionen können in einer täglichen Dosis von 0,2 g 30 Tage hintereinander eingeführt werden, ohne unangenehme Allgemeinerscheinungen hervorzurufen; im Gegenteil, in der Mehrzahl der Fälle tritt eine Gewichtszunahme ein. Schädigungen der Sehorgane sind nicht beobachtet worden. Die lokale Schmerzempfindlichkeit und Gewebsirritation ist eine ganz vorübergehende. Das Zurückgehen syphilitischer Symptome ist auffallend prompt und jedenfalls viel rascher als nach Hg und Jod. Einige ganz im ersten Beginn abortiv behandelte Fälle sind bereits einige Monate in Beobachtung und ohne alle Sekundärerscheinungen. (!)

2. **Einige seltene Fälle von Dystrophie der Zähne,** von S. Bogrow-Moskau. Zwei Fälle mit Abbildungen: ein gabelförmig mifsbildeter Zahn bei einem sicher hereditär-syphilitischen Kinde und typische „Hutchinson-Zähne“ wahrscheinlich nicht syphilitischen Ursprungs bei einem neunjährigen gesunden Mädchen.

Heft 3. März 1911.

Intramuskuläre Injektionen von Salvarsan in der Behandlung der Syphilis, von A. Levy-Bing und L. Duroeux. Allgemeine Gesichtspunkte; Technik und Komplikationen. Von eigenen Fällen werden 38 Krankengeschichten ausführlich mitgeteilt; sechs Abbildungen.

Zum Schlusse heben die Verfasser hervor, dafs die mit intramuskulären Injektionen von Salvarsan erreichten Resultate im grofsen und ganzen nicht viel über das hinausgehen, was wir bei Injektion genügend grofser Dosen von Hg zu sehen pflegen. Sie erkennen indessen an, dafs es ein Mittel von ausgezeichnet epidermisierender Wirkung ist, das bei phagedänischen Schankern, bei schweren ausgedehnten sekundären oder tertiären Ulcerationen der Haut und Schleimhaut gute Dienste zu

leisten berufen ist. Indiziert ist das Mittel ferner bei Hg-resistenten Fällen und bei Hg-Idiosynkrasie. Da Hg und Salvarsan sich gegenseitig nicht ausschliefsen, erscheint eine Kombination beider geboten; Verfasser glauben, dafs es in der Latenzperiode zwischen zwei Hg-Kuren sich mit Vorteil zur Kräftigung des Organismus verwenden lassen wird.

Heft 4. April 1911.

1. **Syphilis und Sporotrichosis**. Gummösem Syphilid ähnliche Sporotrichosis mit Beteiligung der Subcutis, Muskeln und Knochen. Spontanfraktur des Radius, von Gougerot und Dubosc. Kasuistik, mit vier Abbildungen.

2. **Akquirierte Syphilis bei einem Hereditär-syphilitischen, der bei seiner Geburt Zeichen sekundärer Heredo-Syphilis geboten,** von Goizet. Der Pemphigus syphiliticus bei der Geburt war ärztlich (vom Vater des Verfassers) konstatiert und ebenso wie die im 14. Lebensjahre auftretenden spezifischen Ulcera mit gutem Erfolge mit „Gibertschem Syrup“ behandelt worden. Im August 1908 wurde bei dem damals 36jährigen Patienten von einem Laryngologen ein Schanker der linken Tonsille festgestellt, der von einer Roseola gefolgt war. August 1910 Sarcocele syphilitica und Ulcerationen der Tonsillen. *W. Lehmann-Stettin.*

Clinica dermosifilopatica della r. Università di Roma.

Januar 1911. Nr. 1.

Die Wirkung der Kälte auf einige tuberkulöse Hautveränderungen beobachtet bei Kranken und hervorgerufen bei Tieren, von Ferruccio Ferroni. Aus den Versuchen des Verfassers geht folgendes hervor: 1. Die Wirkung mäfsiger Kälte auf gesundes Gewebe ist gering und beschränkt sich auf die Hervorrufung leichter Stase und Infiltration. 2. Bei experimenteller Übertragung von Tuberkulose auf Tiere konnte konstatiert werden, dafs bei Einwirkung von Kälte (Eisstückchen) auf die Umgebung der inokulierten Stelle die tuberkulösen Infiltrate viel ausgedehnter waren, als in Kontrollfällen, wo man die Applikation von Kälte unterlassen hatte. 3. Auch bei experimenteller Einführung eines Fremdkörpers in die Haut von Versuchstieren war die reaktive Entzündung bei gleichzeitiger Kälteapplikation viel stärker als ohne dieselbe. Doch war der Einflufs der Kälte hier nicht so deutlich als in den Versuchen mit Tuberkulose.

Das Arsen in einigen Fällen von Syphiliden, von R. Campana. Campana behandelte eine Kranke mit breiten Kondylomen ausschliefslich mit Fowlerscher Lösung. Das Arsen hatte zwar auf das Allgemeinbefinden einen guten Einflufs, brachte aber die luetischen Symptome nicht zum Schwinden. Er schliefst daraus, dafs die günstigen Erfolge des Salvarsans nicht auf einer Arsenwirkung, sondern auf einer durch die Kombination des Arsens mit dem aromatischen Kern bedingten spezifischen Wirkung beruhen.

Das Symptom der Rauheit der Vagina bei der akuten blennorrhagischen Vaginitis, von R. Campana. Der Autor wünscht, dafs bei der Diagnosenstellung der akuten blennorrhagischen Vaginitis dieses Symptom mehr berücksichtigt wird.

Gunsett-Strafsburg.

Revista española de Dermatologia y sifiliografia.

Bd. XIII. Nr. 147. März 1911.

Die prähistorische Periode in der Geschichte der Syphilis, von D. Luis del Portillo. Der Autor fafst sämtliche an prähistorischen Skeletten gefundene

Knochenveränderung, welche nach Virchows Meinung auf eine Art „Arthritis cavernorum“ zurückzuführen ist, als syphilitisch auf, ohne aber für diese Behauptung Beweise beizubringen.

Serodiagnose der Syphilis, von H. Arruga. Eine literarische Studie.

Die Schnelldiagnose der Blennorrhoe, von Fernández Martinez. Es handelt sich um eine von Banz in Bourges angegebene Methode, welche es erlauben soll in Fällen, in denen absolut kein Sekret und kein Faden zu finden ist, trotzdem eine Diagnose zu stellen. Einige Stunden nach dem letzten Urinlassen werden mit einer Pravazspritze einige Tropfen destillierten Wassers in die Urethra instilliert, dann wieder herausgelassen, auf Objektträger gebracht, gefärbt und untersucht. Nach folgenden Gesichtspunkten soll man sich zur Diagnosenstellung richten können:

„1. Zylindrische und fusiforme Epithelzellen. Es ist dies die normale Desquamationsformel der Urethra. Die Entzündung hat keine Spuren hinterlassen, der Kranke ist geheilt.

2. Zylindrische und fusiforme Epithelzellen, dazu einige Plattenepithelien: Die Entzündung war sehr stark, so dafs die Mucosaepithelien verändert sind, aber der Kranke ist geheilt.

3. Einige zylindrische und fusiforme Zellen, viele Plattenepithelien, einige grofse mononukleäre Eiterkörperchen. Es handelt sich dann um eine sklerotische Transformation der Schleimhaut. Die Entzündung dauert noch fort.

4. Befund wie bei 3., dazu noch viele polynukleäre Leukocyten. Die Entzündung dauert fort, es handelt sich um die Urethritis sclerotica totalis Wassermanns.“

Gunsett-Strafsburg.

Folia urologica.

Band V, Nr. 10. April 1911.

Das Urethralfieber, von Josef Englisch-Wien. Die aus dem vorhergehenden Hefte fortgesetzte ausführliche Monographie berücksichtigt in eingehender Weise die Literatur (350 Arbeiten), aus der allein 150 Todesfälle als Folge urethraler Eingriffe aufgezählt werden. Die Resultate der umfangreichen Studien lassen sich im Rahmen eines kurzen Referates nicht wiedergeben. Von Interesse ist die umfassende Definition Englischs: „Das Urethralfieber ist:

1. eine fieberhafte Reaktion des Organismus auf einen in den Harnwegen gesetzten mechanischen oder chemischen Reiz als eine von den sensitiven Nerven der Harnwege ausgehende Reflexerscheinung übertragen auf das Gehirn (plötzliche Todesfälle) oder durch das Zentralnervensystem und die Reflexzentren des Rückenmarkes auf die verschiedensten Organe mit Störung der Funktion derselben durch mangelhafte Ausscheidung der im Blute vorhandenen toxischen Elemente (Intoxikation);

2. eine fieberhafte Reaktion infolge mangelhafter Ausscheidung von in das Blut eingedrungenen Mikroorganismen und deren Toxine, sei es von dem in den Harnwegen gestauten zersetzten Harn aus, sei es bei Verletzungen der Harnwege von aufsen“.

W. Lehmann-Stettin.

American Journal of Dermatology and Genito-Urinary Diseases.

1911. Band 15, Nr. 2.

Salvarsan bei Syphilis, von Ad. Bayet-Brüssel. Bekanntes.

Syphilis als eine nicht-venerische Krankheit, von E. D. Newman - Newark. Allgemeines.

Vaccinebehandlung chronischer Blennorrhoeinfektionen, von ALFRED J. BUKA-Pittsburg. Empfehlung der Methode.

Vasomotorische und Hauterscheinungen bei Morbus BASEDOW, von LOUIS A. LEVISON-Toledo. Hinweis auf Dermographie, Schweifssekretionsanomalien, Urticaria, Pruritus und Pigmentationsveränderungen.

Schönheit amerikanischer Modelle, von R. W. SHUFFELDT-Washington.

Psoriasis: Die Ansichten verschiedener Dermatologen. BURNSIDE FOSTER-St. Paul hält subcutane Injektionen von Natrium cacodylicum mit äufserlicher Anwendung von Chrysarobin für das beste Heilmittel; auch Röntgenbestrahlungen sind wertvoll. ISADORE DYER-New Orleans fand in 10% der Fälle keine Heilung; die Behandlung mufs individualisiert werden; Diätmafsregeln sind nicht erforderlich; er empfiehlt heifse Bäder, Teerpinselungen, weifse Präcipitatsalbe und Salicylsalbe.

HENRY C. BAUM-Syracuse hält die Psoriasis nicht für heilbar; deshalb vermeidet er auch in leichten Fällen die lokale Behandlung; er lobt die Röntgenbehandlung. RALPH WILLIAMS-Los Angeles schätzt für die lokale Behandlung besonders den Teer, daneben Bäder mit grüner Seife und Chrysarobin. ANDREW P. BINGLE-Detroit gibt bei jugendlichen Patienten und in frischen Fällen Arsenik, bei Erwachsenen Jodkalium lokal, Chrysarobin für den Körper, Salicylsäure für Kopf und Fingernägel.

Band 15. Nr. 3.

Rückblick auf 300 Fälle von Prostatitis, von FREDERICK W. ROBBINS-Buffalo. In 85% der Fälle war die Ursache eine blennorrhoische Infektion; systematische Behandlung hatte in den meisten Fällen besten Erfolg.

Extragenitale Schanker, von MELVIN ROSENTHAL-Baltimore. Bericht von vier Fällen.

Differentialdiagnose bei Lepra, von S. R. KLEIN-New York. Exkurs über die Verschiedenheiten des Leprabacillus von den Tuberkel-, Smegma- und anderen Bazillen.

Chirurgische Behandlung des Hydrops infolge Nierenkrankheit, von G. PAUL LAROQUE-Richmond. Empfehlung der Nierenentkapselung.

Behandlung der überdehnten und infizierten Blase bei einem alten Manne, von A. DAVID WILLMOTH-Louisville. Undurchgängigkeit der Harnröhre für eine filiforme Bougie machte die Punktion der Blase erforderlich.

Erythema multiforme iris während einer Typhuserkrankung, von H. P. PARKER- und H. H. HAZEN-Washington. Kasuistik.

Harnleiterstein, von ALBERT PALING-Winnipeg. Kasuistik. Vier Fälle.

Bd. 15. Nr. 4.

Die Notwendigkeit der Ureterkatheterisation zur Diagnose und Behandlung der Krankheiten der Harnwege, von GUSTAV BAAR-Portland. Kasuistik.

Kürzere Behandlung der Syphilis, von ELMER LEE-New York. Der Verfasser redet ein Wort für die hydrotherapeutische Syphilisbehandlung.

Rassentypen schöner Weiber, betrachtet vom Standpunkte ihrer Landsleute, von R. W. SHUFFELDT-Washington. Entymologische Studie.

Salvarsan, von S. R. KLEIN-New York. Allgemeines.

Ein Wort über die Zirkumzision, von JOHN J. RICHSTEIN - San Franzisko. Empfehlung der von RICHARD A. BARR im *American Journal of Dermatology*, Vol. XI, Nr. 3 angegebenen Methode.

Dermatitis seborrhoica und Alopecia praematura, von THURSTON GILMAN LUSK New York. Hinweis auf den Zusammenhang beider Leiden und Empfehlung von Resorcinalkohol.

Papillom der Zunge, von WALTER B. JENNIGS-New York. Kasuistik.

Hereditäre Syphilis, von ARMAND RAVOLD-St. Louis. Klinische Studie.

Akute Blennorrhoe beim Manne, von EDMUND MYERS-Boston. Therapeutischer Rückblick, ohne Neues zu bringen.

Krebs und Sarkom, von H. D. WALKER - Buffalo. W. stellt die merkwürdige Theorie auf, dafs der Regenwurm der Ursprungswirt der Erreger beider Geschwülste ist; er hat Krebs bei Fischen hervorgerufen, die er mit Regenwürmern fütterte.

Behandlung der Enuresis bei Kindern, von F. L. WACHENHEIM - New York. Nicht Neues. *Schourp-Danzig.*

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1910. Band II, Heft 22—24.

1. **Ein neuer Spülapparat für Harnröhre und Blase des Weibes**, von LUCIEN WORMSER. (Heft 22.) Zur Vornahme von Blasen-Harnröhrenspülungen beim Weibe hat W. durch GENTILE-Paris einen Spülapparat herstellen lassen, der eine kontinuierliche Berieselung der Harnröhre und gleichzeitig die Einführung der Spülflüssigkeit in die Blase ermöglicht. Der Apparat besteht aus einem geraden Metallkatheter, der mit einem Irrigatorschlauch verbunden wird und in einer Olive mit zwei seitlichen Öffnungen endigt. 3 cm hinter der Olive finden sich auf einem 3 cm langen Teil des Katheters zusammengedrängt sechs spiralförmig angeordnete Öffnungen, die gleich den Öffnungen an der Olive durch eine über dem Katheter gleitende, vorne mit einer breiten Scheibe versehene Hülse verschlossen werden können. Bei der Einführung des Instruments wird die Hülse, die zum Schutze des Operateurs vor der austretenden Flüssigkeit dient, an der Harnröhrenmündung zurückgehalten, bei der Entfernung des Katheters wird sie wieder über die Öffnungen geschoben. — Nach den Erfahrungen W.s wird durch Spülungen, die auf solche Art vorgenommen werden, die Dauer der Urethritiden beim Weibe wesentlich abgekürzt.

2. **Nervöse Reflexerscheinungen am Harnapparat bei Appendicitis**, von FINOCCHIARO DE MEO - Catania. (Heft 23.) Bei manchen Fällen von Appendicitis beherrschen, wenigstens im Beginn, Störungen im Bereich des Urogenitalapparates, Nierenkoliken, Schmerzen bei der Harnentleerung, Tenesmus, Cystalgie, akute Harnretention, Brennen in der Urethra, das Krankheitsbild vollständig; als Beispiele dafür führt der Verfasser zwei eigene Beobachtungen und sechs von anderen Autoren beschriebene Fälle an. Die genaue Untersuchung des Harnapparates mittels Harnanalyse, Sondierung, Cystoskopie, Katheterisierung der Ureteren usw. ergibt in derartigen Fällen, dafs die Harnorgane intakt oder wenigstens nicht Sitz der schweren Erkrankung sind; es mufs durch diese Feststellung die Aufmerksamkeit auf den Appendix hingelenkt werden. — Die krankhaften Erscheinungen am Harnapparat bei Appendicitis sind nervös-reflektorischer Natur; ihr Auftreten wird erklärt durch die Tatsache, dafs zwischen den aus dem Plexus hypogastricus stammenden Nerven des Appendix und dem Plexus renalis, dem Plexus vesicalis und dem Plexus cavernosus penis zahlreiche Anastomosen existieren.

3. **Über den derzeitigen Grad der Sicherheit in der Diagnose und Behandlung der Nierenaffektionen mittels Nephrektomie**, von POUSSON-Bordeaux. (Heft 24.)

4. **Harnblasentumoren aus glattzelliger Muskelsubstanz**, von HEITZ-BOYER und DORÉ. (Heft 22—24.) Leiomyome der Harnblase sind sehr selten; die Verfasser fanden in der Literatur Mitteilungen über 31 Fälle, einen weiteren hatten sie selbst zu beobachten Gelegenheit. Auf Grund dieser 32 Fälle, deren Krankengeschichten

genau wiedergegeben werden, bringen sie eine zusammenhängende Schilderung dieser Harnblasentumoren.

Der Ausgangspunkt der Leiomyome der Harnblase scheint an der mittleren Muskelschicht der Blase zu liegen. Sie lassen sich gleich den Uterusmyomen einteilen in: 1. interstitielle, 2. submuköse und 3. periphere oder exzentrische Myome. Alle Leiomyome der Blase entwickeln sich aus interstitiellen Myomen, machen aber in diesem Anfangsstadium keine Erscheinungen, wenn es sich nicht um diffuse interstitielle Tumoren handelt, die dann meist maligner Natur sind. Die submukösen und die peripheren Myome sind entweder ungestielt oder sitzen auf einem breiten Stiel auf. Am häufigsten fanden sich die Geschwülste, die bis zu Mannskopfgröfse anwachsen können, am Trigonum und in der nächsten Nähe der Harnleitermündungen, dann auch an der hinteren Blasenfläche; sie sind sehr häufig von einer Kapsel umgeben. Der dem Tumor benachbarte Teil der Blasenwand ist zuweilen hypertrophisch, die Blasenschleimhaut sehr oft entzündet. Die den Tumor überziehende Schleimhaut ist oft verdünnt, ulceriert und von Wucherungen bedeckt, aus den oberflächlichen Ulcerationen können sich tiefgreifende, eitrige Geschwüre bilden. Sehr häufig sind degenerative Vorgänge an den Blasenmyomen, und zwar handelt es sich entweder um die hydropische (ödematöse) Degeneration, die zur Entstehung grofser Höhlen führen kann, oder um die maligne sarkomatöse Degeneration; etwaige carcinomatöse Erscheinungen an einem Blasenmyom sind natürlich nicht als Umwandlung, sondern als zufällige Komplikation aufzufassen. Durch den Sitz an den Ureterenmündungen, aber auch durch ihre Gröfse allein können die Myome den Abflufs des Harnes in die Blase behindern und dadurch eine schwere Erkrankung und selbst die Zerstörung einer oder beider Nieren bewirken. — Bei einem Falle wurde eine Stieltorsion beobachtet —. Die interstitiellen Blasenmyome verursachen, wie schon erwähnt, für gewöhnlich keine Krankheitssymptome; auch die peripheren Myome machen sich, solange sie klein sind, nicht bemerkbar, erst wenn sie ein bestimmtes Volumen erreicht haben, treten sie klinisch als palpable Geschwülste in Erscheinung, doch kann ihre Zugehörigkeit zur Blase zumeist nicht mit Sicherheit festgestellt werden. Die submukösen Myome haben, wenn sie zu einer gewissen Gröfse angewachsen sind, sehr charakteristische Erscheinungen zur Folge; sie bedingen zuweilen recht heftige Schmerzen bei Harnentleerung, namentlich auch bei der Defäkation, die Harnentleerung ist erschwert, zuweilen in einer bestimmten Stellung oder Lage ganz unmöglich, manchmal kommt es zu vollständiger Retention, in anderen Fällen besteht starke Pollakiurie oder selbst Inkontinenz. Der Urin enthält in einzelnen Fällen kleine Geschwulstpartikel, häufiger Eiter und in den meisten Fällen Blut, und zwar manchmal nur in Spuren, manchmal in solchen Mengen, dafs sofortiges Eingreifen nötig ist. Während aber die Hämaturie bei den epithelialen Blasentumoren in der Mehrzahl der Fälle das erste klinische Symptom darstellt, tritt sie bei Blasenmyomen nur ausnahmsweise im Beginn auf.

Die Behandlung der Blasenmyome, die sich sehr langsam abwickeln, ist eine rein chirurgische. Bei kleinen submukösen Myomen kann man die Entfernung auf intraurethralem Wege versuchen; erscheint das unmöglich, dann wird der Tumor nach Eröffnung der Blase mittels Sectio alta enukleiert. Die peripheren Myome werden wie Uterusmyome operiert; mufs dabei ein Stück Blasenwand reseziert werden, dann ist die Naht aufs sorgfältigste vorzunehmen, damit keine Fistel entsteht. Wenn ein Teil des Ureters mit entfernt werden mufs, kann man die Bildung einer neuen Uretermündung sich selbst überlassen. *Götz-München.*

Japanische Zeitschrift für Dermatologie und Urologie.

Band XI, Heft 2. Februar 1911.

Über die viscerale Lepra, von T. Sugai-Osaka. Obduktionsbefunde von 14 leprösen Leichen mit genauen histologischen Untersuchungen: Leprabazillen wurden gefunden in den Samenkanälchen des Hodens (nicht nur ausnahmslos bei der tuberösen Form, sondern auch ziemlich häufig bei der nervösen Form), in den Ausführungsgängen des Nebenhodens, seltener in den Samenleitern und Samenbläschen. In den weiblichen Geschlechtsorganen finden sich die Bazillen weit seltener.

Die Leber ist häufig vergröſsert. Die leprösen Infiltrationen der Leber lokalisieren sich in den interacinösen Gefäſsen und intraacinösen Kapillaren und rufen Bindegewebswucherungen hervor.

Bazillen haben sich, wenn auch spärlicher, ferner im Interstitium der Speicheldrüsen gefunden, sowie in den Drüsenzellen und -gängen; ferner in den Glomeruli der Nieren, selbst sonst ganz normaler Nieren; ebenso bisweilen in sonst normalen Lungen.

Die Lymphdrüsen zeigen häufig keine besondere Anschwellung, auch wenn sie zahlreiche Bazillen enthalten. Falls eine Drüse zu gleicher Zeit von Lepra und Tuberkulose befallen worden ist, so scheint die erstere die letztere unterdrücken zu können.

Die leprösen Herde sind im allgemeinen reich an Zellelementen und arm an Bindegewebe im Vergleiche mit syphilitischen und tuberkulösen Prozessen.

W. Lehmann-Stettin.

Bücherbesprechungen.

Beiträge zur Pathologie und Therapie der Syphilis, von Albert Neisser. (Verlag von Julius Springer, Berlin 1911.) Es handelt sich in diesem Werke um den Bericht Neissers über die Ergebnisse der wissenschaftlichen Forschungen, die von ihm und seinen Mitarbeitern über Fragen der Pathologie und Therapie der Syphilis unter finanzieller Beihilfe der deutschen Reichsregierung (in Batavia und Breslau) ausgeführt worden sind. Es war die Entdeckung der Übertragbarkeit der Menschensyphilis auf Affen durch Metschnikoff und Roux, welche den Anstoſs gegeben und zugleich die Notwendigkeit bewiesen hatte, an einem groſsen Affenmateriale zu experimentieren und dabei die ganze Pathologie der Syphilis einer Nachuntersuchung zu unterwerfen. Ferner war damals der Gedanke leitend, daſs es vielleicht gelingen würde, in therapeutischer Hinsicht einen Schritt vorwärts zu kommen, die Grundlagen der Quecksilbertherapie festzustellen, vielleicht sogar eine Schutzimpfung oder Serotherapie zu finden. Wenn es sich nun auch herausgestellt hat, daſs alles Suchen nach einer Schutzimpfung vergeblich war, so hat doch unter allen Umständen die Syphilisforschung unendliche Vorteile von all diesen Versuchen davongetragen. Die Wissenschaft muſs Neisser dankbar sein, daſs er es nicht scheute, anfangs auf eigene Mittel und, ohne einer Unterstützung aus Reichsmitteln sicher zu sein, das schwierige Unternehmen dieser Expedition zu wagen. Das Buch beschränkt sich aber nicht nur auf die in Java gewonnenen Resultate, sondern gibt auch die Ergebnisse der Breslauer Untersuchungen, die sich bis auf die jüngste Zeit mit ihren gewaltigen diagnostischen und therapeutischen Fortschritten erstrecken. Man kann es deshalb Neisser nicht verdenken, daſs er lange mit der Herausgabe des Werkes

zögerte und dafs er auch jetzt noch, wo besonders die Therapie in ein ganz neues Stadium tritt, gewünscht hätte, „noch viele weitere Versuche anstellen und ihre Resultate abwarten und verwerten zu können." Nichtsdestoweniger wird es allgemein begrüfst werden, bereits jetzt im Besitze eines Monumentalwerkes zu sein, welches das bisher Geleistete und Erforschte zusammenfafst.

Der gröfste Teil des Werkes ist von Neisser selber bearbeitet. Es ist natürlich unmöglich in Form eines kurzen Referates auch nur die wichtigsten Tatsachen erschöpfend wiederzugeben. Es mag deshalb eine Skizzierung der Abschnitte genügen. Die ersten Kapitel beschäftigen sich mit der Affensyphilis. Es werden zuerst die primären Erscheinungen derselben, die Ursachen der verschiedenen Inkubationszeit und nach einem längeren Exkurs über die Bedeutung der experimentellen Forschung und des Spirochätennachweises für die Pathologie und für die Diagnose der menschlichen Syphilis die ganze Pathologie der Affensyphilis besprochen. Ausführlich werden die Verschiedenheiten der einzelnen Affenarten der Syphilis gegenüber und die Technik der Impfung (subcutane, intravenöse, intraperitoneale und Hodenimpfung sowie Lymphdrüsenspaltung und Einreiben derselben mit Virusmaterial) erörtert. Ein weiterer grofser Abschnitt ist dann dem Begriff der konstitutionellen Syphilis gewidmet. Mit Recht hebt Neisser hervor, dafs die wesentliche Bedeutung der Tatsache, dafs Affen für Syphilis empfänglich sind und eine der menschlichen Erkrankung so ähnliche Infektion akquirieren, darin liegt, „dafs wir hoffen können, auf experimentellem Wege den vielen Rätseln beikommen zu können, welche durch die Eigenart der Syphilis als „konstitutioneller" Erkrankung bestehen." Das Problem der Durchseuchung, der Umstimmung der Gewebe, die Immunitätsfragen, die Superinfektionserfahrungen am Menschen, die Frage der echten „Immunität" nach Syphilis, der Rezidive und der Vererbung der Immunität werden nach diesen modernen Gesichtspunkten beleuchtet. Das sich nun anschliefsende Kapitel über Immunisierungs-Versuche ist von Neisser und Bruck verfafst, während die Therapie von Neisser allein bearbeitet wurde. Besonders letzteres Kapitel beweist, wie wichtig die Massenversuche an Tieren für die ganze Begründung der Therapie sind. Die Serodiagnostik ist von C. Bruck verfafst und gibt eine ausführliche Darstellung derselben.

Es folgen zum Schlufs noch eine Reihe von Arbeiten anderer Mitarbeiter, die noch kurz besprochen werden mögen:

Über die Verwertbarkeit wässeriger und alkoholischer Extrakte aus normalen Organen zur Komplementbindungsreaktion bei Syphilis, von Kobayashi. Aus den Versuchen des Verfassers geht hervor, dafs, während Alkoholextrakte aus den verschiedensten Organen für die Reaktion brauchbar sind, dies für wässerige Extrakte aus normalen Organen nur ganz ausnahmsweise der Fall ist. Es wurde also die von Wassermann, Neisser, Bruck bereits gefundene Tatsache bestätigt, dafs luetische Organe mit Leichtigkeit brauchbar wäsrige Extrakte liefern, nicht aber normale Organe. Deshalb scheint es wahrscheinlich, dafs neben den bei der Reaktion sicher mitwirkenden Lipoiden noch eine spezifische Komponente aus dem Luesorgan in das Extrakt übergeht, die ebenfalls am Zustandekommen des Phänomens beteiligt ist.

Experimentelle Studien über das Wesen der Wassermann-Neisser-Bruckschen Reaktion bei Syphilis, von Dohi-Tokio. Sowohl durch subcutane Injektionen von Nukleinsäure als durch Entziehung der Nahrung gelang es D. beim Kaninchen eine positive Komplementbindungsreaktion in eine negative zu verwandeln, während Lecithininjektionen, ebenso Nukleinsäureinjektion beim Meerschweinchen keine Veränderung hervorbrachten. Auch durch Injektion von Syphilisheilmitteln konnte keine Änderung der Reaktion erzielt werden. Deshalb darf man wohl an-

nehmen, dafs die Beeinflussung der Reaktion bei Lues durch spezifische Behandlung ihre Ursache findet nicht in einer direkten Einwirkung auf die komplementbindenden Substanzen, sondern durch eine Schädigung oder Tötung des Virus, die zur Folge hat, dafs eine Neuproduktion der komplementbindenden Substanzen nicht mehr stattfindet.

Experimentelle Untersuchungen und praktische Vorschläge zur persönlichen Syphilisprophylaxe, von Conrad Siebert-Charlottenburg. Nach Sieberts experimentellen Untersuchungen überragt die von ihm und Neisser angegebene Amylum-Traganth-Gelatinesalbe aus einer 25% Alkohol und 25% Glycerin enthaltenden 0,4%igen Sublimatlösung alle ähnlichen Präparate an Desinfektionswert.

Prophylaxisversuche mit Chininsalben, von Scherreschewsky. Verfasser konnte durch Einreiben einer Chininsalbe an der Impfstelle fünfmal das Auftreten des Primäraffekts verhindern. Die Salbe ist folgendermafsen zusammengesetzt: Chin. mur. 20,0, Lanolin anhydr. 20,0, Glycerin puriss. ad 50,0.

Syphilisübertragungsversuche auf verschiedene Tiere.

A. **Eigene Versuche in Batavia,** von Neisser. Alle Versuche verliefen negativ, bis auf einige an Kaninchen vorgenommene Hodenimpfungen.

B. **Die bisherigen Resultate der an Kaninchen angestellten Syphilisversuche,** von Pürckhauer-Dresden. Es gelang P. auf okularem, cutanem, subcutanem, intravenösem Wege und vom Hoden her Kaninchen mit menschlicher und tierischer Syphilis zu infizieren. Die Kaninchensyphilis äufsert sich zunächst in einer Keratitis parenchymatosa bzw. Iritis oder in einem Hoden- bzw. Hautsyphilom, das der menschlichen Initialsklerose ähnelt. Eine Allgemeindurchseuchung des Kaninchens mit syphilitischem Virus kann, wenn auch sehr selten, nach okularer Impfung erfolgen, häufiger nach Haut- und Hodenimpfung. Eine wahre Immunität tritt nicht ein. Syphilitisches Kaninchenhornhautgewebe ist übertragbar auf Hunde, Ziegen, Schafe, Meerschweinchen, Affen, Füchse, Katzen.

Über Analogien in den Immunitätsverhältnissen zwischen der experimentellen Syphilis und der experimentellen Taubenpocke, von Conrad Siebert-Charlottenburg. Es wurden die weitgehendsten Analogien in dem Verlaufe beider Krankheiten, besonders was die Unempfindlichkeit neu inokuliertem Virus gegenüber bei Abwesenheit aller Symptome, aber noch bestehender Krankheit betrifft, nachgewiesen.

Experimentelle Untersuchungen über die Vaccine der Affen, von Halberstädter-Berlin und v. Prowazek-Hamburg. Es sollte in erster Linie untersucht werden, ob das Vaccinevirus von der cutanen Impfstelle aus im Tierkörper längere Zeit kreist, oder ob nur eine mehr oder weniger lokale Infektion zustande kommt, worauf erst sekundär von hier aus der Immunisierungsvorgang seinen Ausgang nimmt. Es stellte sich heraus, dafs bei der cutanen Impfung im allgemeinen kein Übertritt des Virus in den Blutstrom stattfindet. Was den Vorgang der Immunisierung anbetrifft, so ergab sich, dafs nach subcutaner Impfung beim Affen im Serum virusabschwächende Substanzen nach und nach vom 13. Tage nach der Impfung auftreten. Nach einer cutanen Impfung allein konnten sich die Autoren nicht von der Existenz parasitizider Substanzen im Serum überzeugen und glauben, dafs dieser Art von Serumimmunität in der Praxis keine tiefere Bedeutung zukommt. Es tritt bei der Vaccine eine ektodermale, histogene Immunität auf, die vorwiegend auf die Gewebe gebunden ist, während im Serum nur spärliche viruluzide Antikörper in variabeln Mengen auftreten.

Über experimentelle Hauttuberkulose bei Affen, von Baermann-Sumatra und Halberstädter-Berlin. Sowohl mit dem Typus humanus, wie mit dem Typus bovinus

und mit Vogeltuberkulose kann durch cutane Verimpfung beim Affen Hauttuberkulose erzeugt werden. Die Rindertuberkulose führt aber prompter zur Infektion als die menschliche. Eine allgemeine Ausbreitung der Tuberkulose in den inneren Organen war nur bei menschlicher und boviner Tuberkulose zu konstatieren.

Die biologische Differenzierung von Affenarten und menschlichen Rassen durch spezifische Blutreaktion, von Carl Bruck. Autoreferat eines in der *Berl. klin. Wochenschr.* 1907, Nr. 26 erschienenen Artikels. *Gunsett-Straßburg.*

Lehrbuch der Dermatologie für Ärzte und Studierende, von K. Dohi-Tokio. Bd. 1. Mit 15 Farbentafeln und 115 Textabbildungen. (Asakaya, Tokio 1910.) Das dem Andenken Kaposis gewidmete und Neisser und Jadassohn zugeeignete Buch ist japanisch geschrieben. Die Ausstattung ist vorzüglich. Die ausgezeichneten farbigen Abbildungen sind Reproduktionen von Moulagen, anscheinend nach demselben Verfahren hergestellt wie die bekannten trefflichen Bilder im Atlas von Jacobi.

W. Lehmann-Stettin.

Röntgentaschenbuch. (Röntgenkalender.), begründet und herausgegeben von Ernst Sommer-Zürich. Dritter Band. Mit 127 Illustrationen; etwa 300 Seiten. (Otto Nemnich, Leipzig 1911.) Die „Vorrede" des Büchleins lautet: „Zum dritten Mal erscheint das Röntgentaschenbuch mit einer Auslese inhaltsreicher Abhandlungen und Neuerungen. Ein besonderes Begleitwort erscheint nicht notwendig, da es durch seinen gediegenen Inhalt und dank der durchweg äußerst günstigen Kritik der Fachpresse seinen Weg zu den zahlreichen Interessenten gefunden und bei ihnen wohl einen bleibenden Platz sich erworben hat."

Die den wesentlichen Inhalt des Buches ausmachenden Arbeiten sind die folgenden:

1. Fortschritte der Momentröntgenographie (Fr. Dessauer).
2. Durchleuchtung oder Aufnahme? (Grashey).
3. Die röntgenologische Belastungsprobe des Magens (F. M. Grödel).
4. Technik und Anwendungsgebiet des Trochoskops (Haenisch).
5. Ein experimenteller Beitrag zur Wirkung der Silberplatte zur Verhütung von Röntgenschäden (v. Jaksch).
6. Die Verbindung der Photographie mit der Röntgenographie (Immelmann).
7. Über „Röntgenkinematographie" [Bioröntgenographie](Kästle, Rieder, Rosenthal).
8. Experimentelle Untersuchungen über Desensibilisierung und Sensibilisierung für Röntgenstrahlen (H. E. Schmidt).
9. Die Bedeutung der Glycinstandentwicklung (Schürmayer).
10. Das Desensibilisierungsverfahren in der Praxis (G. Schwarz).
11. Die Röntgentherapie der tuberkulösen Lymphome (Rob. Kienböck).
12. Beitrag zur Röntgentherapie der Lymphdrüsenkrankheiten (v. Luzenberger).
13. Über die zurzeit feststehenden Indikationen der Röntgentherapie (Fr. Nagelschmidt).
14. Die Röntgentherapie der Knochen- und Gelenktuberkulose (E. Sommer).
15. Die Röntgentherapie in der Gynäkologie (E. Sommer).
16. Die Röntgentherapie in der Okulistik (Rud. Steiner).
17. Sammelbericht über Röntgenbehandlung 1908/09 (Trapp).
18. Die Röntgenbehandlung subcutaner Tumoren (Wetterer).

An diese Arbeiten schliefsen sich eine Anzahl illustrierter Artikel verschiedener Röntgenfirmen. Den Schlufs bildet der Adressenkalender, der sich gegen die bisherigen Ausgaben verbessert hat, aber noch immer reichlich unvollständig und darum als Nachschlagewerk noch nicht recht brauchbar ist. *W. Lehmann-Stettin.*

Zentralblatt für Röntgenstrahlen, Radium und verwandte Gebiete. Herausgegeben von Albert E. Stein-Wiesbaden, Ph. Bockenheimer-Berlin und G. v. Bergmann-Berlin, unter Mitarbeit zahlreicher Autoren. (J. F. Bergmann, Wiesbaden.) Das Blatt hat sich in erster Linie die Aufgabe gestellt, einschlägige Arbeiten möglichst vollständig zu referieren. Wesentlich erscheint ein am Schlufs jeden Heftes mitgeteiltes Verzeichnis neuerscheinender Arbeiten, zur Orientierung für Interessenten, denen das eine oder andere Referat naturgemäfs, bei der grofsen Fülle des mehr und mehr anwachsenden Stoffes, verspätet gebracht wird.

An Originalarbeiten enhält das vorliegende Heft 1 und 2 des 11. Jahrganges eine zusammenfassende Darstellung „Über die Bedeutung der Röntgenstrahlen für die Urologie", von H. Hoffmann-Hamburg-Eppendorf. *W. Lehmann-Stettin.*

Rechtstaat und Kurpfuschertum. Die Zulassung von Laienelementen zur staatlichen Krankenbehandlung, von Ferdinand Baden-Altona. Zweite, neubearbeitete Auflage. (Berlinische Verlagsanstalt, Berlin 1910.) Die lebhaft geschriebene, in ihrer Begründung schlagende Programmschrift des Zahnarztes Baden wendet sich mit Entschiedenheit gegen die gesetzliche Festlegung der Zulassung von „Zahnbehandlern" zur Tätigkeit bei den Krankenkassen. Da die erste Auflage in wenigen Wochen vergriffen war, hat sich eine zweite Auflage nötig gemacht, die verschiedentliche Erweiterungen erfahren hat und mit einer nicht unberechtigten Genugtuung konstatiert, dafs von seiten der Zahntechniker auch nicht einmal der Versuch gemacht worden ist, das in der Schrift enthaltene Material zu entkräften. *W. Lehmann-Stettin.*

Mitteilungen aus der Literatur.

Blennorrhoe und Komplikationen.

Über neuere Methoden der Blennorrhoebehandlung und die aktive Immunisierung mit Gonokokkenvaccin, von Karl Schindler - Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr*. 1910. Nr. 40.) Schindler geht zunächst auf das Prinzip der Ruhigstellung von Blase, Harnröhre und Prostata durch anale und endourethrale Applikation von Atropin ein.

Bei Blennorrhoe der hinteren Harnröhre verwirft Autor die Argentum nitricum-Behandlung und appliziert Protargol $^1/_4$—$^1/_2$% mittelst der Tripperspritze (ein bis drei Spritzen). Bei akuter Blennorrhoe injiziert er selbst dem Kranken eine 3—5%ige Protargollösung mit Kokainzusatz und sah häufig Abortivheilungen.

Bei Komplikationen der Blennorrhoe benutzte Autor die Behandlung mit Reiters Vaccine bzw. dem Arthigon-Bruck. Bei nicht fiebernden Kranken empfiehlt sich von vornherein das Arthigon anzuwenden, bei fiebernden Kranken das Reitersche Vaccin und danach Arthigon. Die Indikationen sind Epididymitis, Prostatitis chronica, Adnexerkrankungen und Arthritis. Bei Epididymitis ist jedoch auch fernerhin Schlitzung der Tunicae und Behandlung mit Hitze und Spiritusverbänden unentbehrlich. Neben verblüffendem Erfolge sind komplette Mifserfolge bei Vaccinbehandlung zu konstatieren. *Arthur Schucht-Danzig.*

Anwendung der Gonokokkenvaccine bei der Blennorrhoe, von Merkurjew und Silber. (*Russki Wratsch*. 1911. Nr. 6.) In 39 Fällen teils unkomplizierter, teils komplizierter Blennorrhoe haben M. und S. eine polyvalente Gonokokkenvaccine angewandt. Sie machten dabei folgende Beobachtungen: oft stellte sich eine halbe bis zwei Stunden nach der Einspritzung am Ort derselben eine manchmal sehr heftige

Schmerzhaftigkeit ein. Etwa zwei bis drei Stunden nach der Injektion stieg die Temperatur bis zu 39,5°, um aber nach 24 Stunden zur Norm zurückzukehren. Meist trat nach besonders starker Temperatursteigerung eine um so schnellere Besserung ein. In der Mehrzahl der Fälle erfolgte schon 15 bis 36 Stunden nach der Vaccination eine Verminderung der Absonderung verbunden mit Verminderung, aber auch mit völligem Schwund der Gonokokken. Nur selten kehrte der alte Zustand der Blennorrhoe wieder zurück. Derartige Fälle müssen auf technische Fehler zurückgeführt werden. Bei Arthritis blennorrhoica und Epididymitis blennorrhoica läfst sich bald nach der Einspritzung (nach 18 bis 24 Stunden) eine Abnahme der Schmerzhaftigkeit wie Verminderung der Geschwulst konstatieren. M. und S. sprechen somit der Gonokokkenvaccine eine spezifische Wirkung auf die Blennorrhoe zu. *Arth. Jordan-Moskau.*

Bericht über drei mit Antigonokokkenserum behandelte Fälle, von M. Zigler-New York. (*Med. Record.* 15. Okt. 1910.) Ausgezeichnete Erfolge bei Arthritis blennorrhoica in zwei chronischen und einem frischen Falle. Es wurden im Durchschnitt acht bis zehn Injektionen des Torreyschen Serums in Abständen von etwa drei Tagen vorgenommen und jedesmal 2 ccm gebraucht. „Es gibt keine Entschuldigung für einen Arzt, der es zuläfst, dafs solche Patienten unbrauchbare Gelenke behalten, ohne dieses Serum versucht zu haben.“ *W. Lehmann-Stettin.*

Über Vaccinebehandlung blennorrhoischer Komplikationen, von Friedländer und Reiter-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 36.) Die beste Vaccinebehandlung ist nach Reiter die mit Eigenvaccine, doch ist man sehr oft auf die Anwendung polyvalenter Vaccine angewiesen. Durch die Injektion der Vaccine findet zunächst eine Abnahme der Opsonine statt (negative Phase Wrights), darauf tritt eine Zunahme ein (positive Phase). Die ungefähre Länge der Phasen wird durch die Gröfse der Injektionsdosis bestimmt, am zweckmäfsigsten wirkt eine mittelgrofse Dosis. Die Beurteilung ermöglicht die Bestimmung des opsonischen Index. Dieselbe ist für alle nichtlokalisierten Erkrankungen notwendig, für die lokalisierten genügt die klinische Kontrolle. In letzteren Fällen beträgt die Injektionsdosis etwa ²/₁₀ der Maximaldosis des betreffenden Vaccins, die zweite Injektion erfolgt nach 3—4 Tagen, in jedem Fall erst dann, wenn jede Spur einer negativen Phase (Zunahme der Schmerzen usw.) verschwunden ist. Weiterhin steigert man die Dosis um je ¹/₁₀ oder ²/₁₀ der Maximaldosis, die Reinjektion erfolgt nach 4—6—10 Tagen.

Friedländer berichtet über 25 mit Vaccine behandelte Fälle von akuter, subakuter und chronischer blennorrhoischer Epididymitis und glaubt, dafs die Epididymitis so schneller zum Rückgang zu bringen ist; die Infiltrate nachher sind geringer. Günstige Erfolge sah er ferner bei follikulärer Prostatitis und bei Adnexerkrankungen.

Die gleichen Erfolge wie mit Reiters Vaccine erzielte er auch mit Brucks Arthigon. *Arthur Schucht-Danzig.*

Erfolgreiche Behandlung eines Falles von spezifischer Salpingitis mit Gonokokkenvaccine, von Albert L. Tuttle-Milford, Conn. (*Med. Record.* 5. März 1910.) Eine 20jährige Patientin hatte im Anschlufs an ein Wochenbett eine schwere Exacerbation ihrer blennorrhoischen Erkrankung mit zeitweiligen Temperatursteigerungen und rechtsseitiger Tubenbeteiligung. Eine Reihe von Injektionen mit (käuflicher) Gonokokkenvaccine, die einzelne Injektion bis zu 20 Millionen Bakterien, brachte eine ganz entschiedene Besserung, ohne aber Rezidive verhindern zu können. Eine zweite Serie von zehn Injektionen à 100 Millionen Bakterien brachte anscheinend vollkommene Heilung; wenigstens waren Veränderungen an den Tuben nicht mehr nachweisbar und weder Schmerzen, noch Fieber waren wieder aufgetreten.

W. Lehmann-Stettin.

Therapeutische Versuche mit der Pyocyanase bei Blennorrhoebehandlung, von Alexius Spatz - Budapest. (*Wien. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 40.) Spatz behandelte 36 Fälle mit Pyocyanase; die entzündlichen Erscheinungen und subjektiven Beschwerden wurden gar nicht beeinflufst; der Gonokokkenbefund blieb unverändert; in zwei Fällen traten Intoxikationserscheinungen auf. *Schourp-Danzig.*

Kulturen von Milchsäurebazillen zur Behandlung der chronischen spezifischen Urethritis. Ein vorläufiger Bericht über 34 Fälle, von G. A. Persson-Mount-Clemens, Mich. (*Med. Record.* 24. Sept. 1910.) Kulturen, die nach und nach von Milch auf Agar-Agar übertragen wurden unter Zusatz von physiologischer Kochsalzlösung und Nukleinsäure, wuchsen schliefslich auf einem Boden, der 85 Teile physiologische Kochsalzlösung enthielt und 15 Teile 5%ige Nukleinsäure. Damit wurden urethrale Injektionen vorgenommen; in 28 Fällen verschwanden die Gonokokken prompt und ebenso alle klinischen Symptome; in sechs Fällen wurde kein Erfolg erzielt. (Die Zeit, die in den mitgeteilten Fällen bis zur Abtötung der Gonokokken nötig war, ist bedeutend länger als bei Protargol und ähnlichen Silberpräparaten. Der Referent.) *W. Lehmann-Stettin.*

Die Behandlung der Blennorrhoe beim Weibe, von H. J. Boldt - New York. (*New York med. Journ.* 7. Jan. 1911.) Kurze Übersicht über die Behandlungsarten der akuten und chronischen Blennorrhoe der weiblichen Harn- und Geschlechtsorgane. Bei blennorrhoischer Endometritis, wenn nicht gleichzeitig die Adnexe befallen oder irgendeine Erscheinung von Beckenentzündung vorhanden ist, tritt B. warm für energisches Kürettement mit dem Scharfen Löffel ein, ohne im übrigen Anhänger des Furor operativus zu sein. Die Antigonokokkenvaccine hat ihm in allen Fällen, wo sie versucht wurde, negativen Erfolg gegeben. *Stern-München.*

Die Behandlung der akuten Blennorrhoe bei Frauen, von E. Mihálkovics-Budapest. (*Szülészet és Nögyógyászat,* Beiblatt der *Budapesti Orvosi Ujsag.* 1910. Nr. 5.) Nach dem Verfasser ist im akuten Stadium jede Behandlung zu verwerfen, solange man nicht über ein Spezifikum gegen Gonokokken verfügt. Der Beginn der blennorrhoischen Infektion stellt sich auch bei Frauen am häufigsten in Form von spezifischer Urethritis ein. Akute Urethritis kommt nur selten zur Behandlung. Da infolgedessen die Erkrankung eine längere Zeit besteht, bietet sich reichlich Gelegenheit dazu, dafs die Infektion infolge des weiteren sexuellen Verkehrs auf die Schleimhaut des Cervicalkanals (sic!) oder den Ausführungsgang der Bartholinidrüsen oder von selbst auf die Schleimhaut der Blase übergeht. Der Zweck der richtigen Behandlung der akuten Urethritis sollte in erster Reihe die Verhinderung der Weiterverbreitung der Infektion sein. Um dies Ziel zu erreichen, mufs absolute sexuelle Ruhe, Vermeidung heftiger Bewegung (Sport usw.), schwererer Arbeit empfohlen werden. Im akuten Stadium hält Verfasser keinerlei lokale Behandlung für richtig. Blasenkatarrh ist zumeist die Folge sekundärer Infektion. Beim wirklichen Blasenkatarrh zeigt die Schleimhaut entzündliche Symptome. Beim einfachen Blasenhalsreiz ist nur die Gegend des Trigonum entzündet. Gegen den Tenesmus können warme Kompressen (Thermophor), Narkotika in Form von Suppositorien, für einige Tage ständiger Katheter angewendet werden. Die Schleimhaut der Ausgangsröhrchen der Bartholinidrüsen bietet für die blennorrhoische Infektion geeigneten Boden, wenn das entzündliche Sekret die Öffnungen der Ableitungsröhrchen ständig berührt, hauptsächlich aber, wenn es durch den geschlechtlichen Verkehr häufiger hineingerieben wird. Nächst der Urethra erkrankt am häufigsten die Schleimhaut des Cervicalkanals. Die Therapie besteht in der Entfernung des Sekrets durch Abwaschungen und Irrigationen, in absoluter Ruhe während des akuten Stadiums. Jede lokale Behandlung ist im gröfstem Mafse gefährlich. Die Grundprinzipien der richtigen Behandlung sind

nach dem Verfasser die körperliche und sexuelle Ruhe, seitens des Arztes vollkommene Passivität, die sorgfältige Entfernung des Sekrets und die symptomatische Behandlung. Bei einer Behandlung nach diesen Prinzipien wird die Blennorrhoe sehr selten die weiblichen urogenitalen Organe in gröſserem Umfange ergreifen und häufig nach Verlauf des akuten Stadiums abheilen, ohne bleibende pathologische Veränderungen zurückzulassen. (Eitle hochfliegende Hoffnungen des jugendlichen Alters! Der Ref.).

Porosz-Budapest.

Einführung eines Fremdkörpers in die Harnröhre behufs Heilung der Blennorrhoe, von E. Fischer-Budapest. (*Orvosok Lapja.* 1910. Nr. 46.) Ein 17jähriger Schlosserlehrling führte auf Anraten eines Freundes ein 16 cm langes, 8 mm dickes Eisenstück mit abgerundetem Ende, das er früher in konzentrierte Kaliumpermanganat-Lösung getaucht hatte, behufs Heilung seiner Blennorrhoe in die Harnröhre ein. Als er das Eisenstück losliefs, glitt es immer mehr gegen die Blase und da grofse Schmerzen mit ständigem Harndrang auftraten, kam er zum Verfasser. Das vordere Ende des Eisenstückes konnte vom Orificium externum etwa 15 cm weit herausgefühlt werden. Da die Schleimhaut sehr leicht blutete und entzündet war, nahm Verfasser eine Urethrotomia externa vor, nachdem die Entfernung mit der Zange nicht gelungen war. Er machte einen 1 cm langen Einschnitt und zog die Eisenstange heraus. Eine Naht unterliefs er mit Rücksicht auf die Blennorrhoe. Nach entsprechender Behandlung trat Heilung auf. *Porosz-Budapest.*

Mein Verfahren bei Behandlung der akuten Blennorrhoe, von L. Austerveil-Budapest. (*Urologia,* Beiblatt der *Budapesti Orvosi Ujsag.* 1910. Nr. 3.) Verfasser bietet eine kurze Übersicht für Ärzte, nicht für Spezialisten. Nichts Neues.

Porosz-Budapest.

Die Behandlung der Blennorrhoe, von Hahn. (*Fortschr. d. Med.* 1911. Nr. 1.) Zusammenfassende Darstellung der modernen Blennorrhoetherapie.

Haas-Hamburg.

Erfahrungen mit Albargin in der Praxis, von G. Seegall - Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1911. Nr. 11.) Empfehlung des Albargins zur Blennorrhoebehandlung.

Arthur Schucht-Danzig.

Die Behandlung der Blennorrhoe in der allgemeinen Praxis, von J. E. M. Cracken. (*Med. Press and Circular.* 5. Mai 1909.) Empfehlung von Allosan.

Richard Frühwald-Leipzig.

Die Behandlung der Blennorrhoe, von Pritchard. (*Therapist.* 1909. Nr. 10.) Wertlose Allosanempfehlung. *Arthur Schucht-Danzig.*

Über den praktischen Wert der internen Blennorrhoetherapie, von O. Scheuer. (*Öst. Ärzte-Ztg.* 1910. Nr. 12.) Verfasser hat die bisherigen innerlichen Trippermittel in der Praxis mit Erfolg durch Allosan ersetzt. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Allosan, ein neues Antiblennorrhoicum, von B. Protopoulos. (*Archeia Jatrikis.* Mai 1910.) Allosan ist total geschmacklos und völlig reizlos gegenüber Magen, Darm und Nieren und deshalb mit gutem Erfolge bei Blennorrhoe anwendbar.

Richard Frühwald-Leipzig.

Über die Blennorrhoebehandlung mit Allosan, von D. N. Cooper. (*Med. Press and Circular.* 1910. Nr. 3702.) Verfasser ordnet im Gegensatz wohl zu den meisten Blennorrhoetherapeuten die lokale Behandlung der internen unter und hat im Allosan sein Idealmittel gefunden. Ebenso im Gegensatz zu anderen beobachtet er bei Blennorrhoe als Komplikation merkwürdigerweise „Orchitis".

Arthur Schucht-Danzig.

Argentum kalium cyanatum als bewährtes Mittel bei chronischer Blennorrhoe empfohlen, von A. Philippson - Hamburg. (*Münch. med. Wochenschr.*

1911. Nr. 9.) Dem als Spülmittel bei chronischer Blennorrhoe wohl immer noch am besten bewährten und am meisten verwendeten Argentum nitricum haften ja zwei nicht ganz belanglose Übelstände an, die Erzeugung der tiefgefärbten Flecke und die Unmöglichkeit, das Mittel anders als mit destilliertem Wasser zu verwendeu. Beides fällt beim Argentum kalium cyanatum fort. Verfasser verwendet dasselbe seit 1906 schon zu Spülungen bei chronischer und gelegentlich auch, wenngleich nur ausnahmsweise, bei frischer Harnröhrenblennorrhoe. Er hält sich eine konzentrierte Lösung von 6,0 in 30,0 Aqua destillata und setzt hiervon je nach der Empfindlichkeit der Schleimhaut vier Tropfen oder mehr (sogar bis zu 80 Tropfen) zu 200 ccm warmes Wasser für die Spülung zu. Allerdings gibt er das Mittel nicht dem Patienten selbst in die Hand und unterläfst auch dessen Gebrauch, wenn etwa durch Prostatahypertrophie oder andere Hindernisse das Wiederausfliefsen gefährdet erscheint.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Anwendung von Collargol und Elektrargol bei den Folgezuständen des Trippers, von Gennerich - Kiel - Wik. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1911. Nr. 11.) Der lokale Charakter der Tripperkomplikationen und die Empfindlichkeit des Gonococcus gegen Silbersalze lassen den Versuch einer Behandlung dieser Folgezustände mit Collargol und Elektrargol berechtigt erscheinen. Bei den ältern Fällen wurde Silberschmierkur mit Ungt. Credé (1—2 mal täglich 3—5 g) und intravenöse Collargolinjektion angewandt. Neuerdings verwendet Verfasser fast nur subcutane Elektrargolinjektion. Bei fieberhaften Komplikationen ist die prompte Wirkung auffallend, insbesondere bei Arthritis blennorrhoica. Hier schränkt die Allgemeinbehandlung die Gelenkentzündung ein und beseitigt schnell das entzündliche Stadium. Restitutio ad integrum kann sie jedoch nicht herbeiführen und daher wurde jeder etwa vier Wochen alte Ergufs punktiert mit anschliefsender ½—1 %iger Collargollösungspülung des Gelenkes.

Die lokale Behandlung der blennorrhoischen Entzündung der Blase und hinteren Harnröhre mit Collargol ist reizlos und wirksam. *Arthur Schucht-Danzig.*

Die Behandlung der Blennorrhoe mit Balsamicis, vorzüglich mit Gonosan und Thyresol, unter besonderer Berücksichtigung der Nebenwirkungen, von Friedrich Ullrich. (Inaug.-Dissert. Würzburg 1910.) Gonosan und Thyresol zeigten in den Versuchen des Verfassers keine Einwirkung auf die Haut. Weder das Gonosan noch das Thyresol riefen eine Albuminurie hervor; doch wirkte das Gonosan in manchen Fällen nierenreizend, auch das Thyresol war nicht frei von Einflufs auf die Niere, aber seltener. Gonosan reizte in zahlreichen Fällen Magen und Darm, während Thyresol in dieser Hinsicht als fast reizlos zu betrachten ist. *Fritz Loeb-München.*

Kurze Mitteilung über Kteinokapseln, eines neues Antiblennorrhoicum zum inneren Gebrauch, von Cronquist-Malmö. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1911. Nr. 9.) Verfasser teilt mit, dafs es der Firma G. Pohl-Schönbrunn-Danzig gelungen sei, seine balsamische Mixtur in Form von Geloduratkapseln herzustellen. Die Zusammensetzung der Mixtur ist:

Extr. fluid. Kawa-Kawa	50 g
Extr. fluid. Cubeb.	40 g
Ol. Santali	10 g.

Arthur Schucht-Danzig.

Arhovin zur internen Behandlung der Blennorrhoe, von Auerbach. (*Fortschritte d. Med.* 1910. Nr. 36.) Nach Verfassers Ansicht stellt das Arhovin eines der besten internen Mittel bei der Blennorrhoebehandlung dar. *Haas-Hamburg.*

Anatomie und Physiologie der Haut.

Die Struktur und Entwicklung des Bindegewebes, von J. Jolly. (*Presse méd.* 1911. Nr. 2.) Eine Besprechung der Arbeiten von Zachariades, nach dem die Bindegewebsfibrille aus drei Elementen besteht: 1. Der axiale Faden, der das Zentrum der Fibrille einnimmt und den Rest des Zellfortsatzes, aus dem die Fibrille hervorgegangen ist, darstellt; 2. eine periphere Membran, die höchstwahrscheinlich auch protoplasmatischer Natur ist; 3. eine kollagene Substanz, welche zwischen der Membran und dem Axialfaden gelegen ist. Von diesen drei Bestandteilen ist der axiale Faden der wichtigste. Er assimiliert, bildet die kollagene Substanz und ist oft überhaupt der einzige Bestandteil der Fibrille. *Gunsett-Strafsburg.*

Über die Entstehung des melanotischen Hautpigments, von Kreibich-Prag. (*Wien. med. Wochenschr.* 1911. Nr. 4.) Untersuchungsmaterial waren die Vegetationen eines Pemphigus vegetans, bei welchem sich nach Salvarsan eine rasch auftretende Arsenmelanose entwickelte. Die Untersuchung wurde an Gefrierschnitten von unfixiertem oder in Formol fixiertem Gewebe vorgenommen. Im Sinne Meirowskys finden sich im Epithel zwei Arten von Pigment, das Pigment der Chromatophoren und das der Melanoblasten. Ersteres liegt in eingewanderten Cutiszellen, während die Melanoblasten als weit verzweigte Zellen sich zwischen den Basalzellen finden und ihre Ausläufer in das Rete und weit unter die Basalzellen erstrecken. Ausschliefslich diese Zellen enthalten in ihrem Zelleib deutliche Kristalle, die K. der Einfachheit halber als Lipoidkristalle bezeichnet, da sie Affinität zu Sudan III zeigen und sich damit gelbrot färben. Der Befund scheint den Schlufs zuzulassen, dafs in den Melanoblasten bei gesteigerter Funktion eine lipoide Substanz auftritt, die in engster Beziehung zur Pigmentbildung steht. Ist dieser Schlufs richtig, dann ist das Melanin den fetthaltigen Pigmenten zuzurechnen. *W. Lehmann-Stettin.*

Zur Lehre der feinsten Struktur der epidermalen Zellen der menschlichen Haut im normalen und pathologischen Zustande, von Anitschkow-St. Petersburg. (*Frankf. Zeitschr. f. Pathol.* 6. Bd., S. 325.) Auf Grund eingehender Untersuchungen über die Epithelfasern kann Verfasser die von Schridde beobachteten Bogenfiguren bestätigen. Die Fäden beginnen in den untersten Zellen des Rete, steigen bis fast zum Stratum granulosum auf, machen einen Bogen und kehren zur Basalschicht zurück. Bei gutartigen Hypertrophien der Epidermis (Lues, Tuberkulosis usw.) ist diese Anordnung erhalten, nur sind die Fäden etwas dicker und länger. Bei bösartigen Hypertrophien dagegen, z. B. beim Carcinom, findet sich in den jüngsten Zellen keine Spur eines fibrillären Apparates; in den älteren, im Zentrum gelegenen ist ein solcher ausgebildet, doch ist keine Regelmäfsigkeit im Verlaufe der Fäden zu konstatieren.
Richard Frühwald-Leipzig.

Zur Frage der Follikel- und Keimzentrenbildung in der Haut, von J. L. Burckhardt. (*Frankf. Zeitschr. f. Pathol.* 6. Bd., S. 352.) Bei einer Patientin wurde eine mäfsig grofse, wenig erhabene, himbeerrote Stelle des Oberarms exzidiert. Mikroskopisch zeigte sich in der Cutis und im oberen Teile der Subcutis eine Lymphocyteninfiltration und eine Anhäufung von Lymphfollikeln mit Keimzentren. Da die bekannten Erkrankungen des lymphatischen Systems ausgeschlossen werden konnten, neigt Verfasser der Ansicht zu, dafs es sich um eine Vergröfserung der von Ribbert beschriebenen kleinsten Lymphocytenherde in der Umgebung von Gefäfsen der normalen Haut handelt. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Über Henry Heads Lehre vom Temperatursinn der Haut, von Goldscheider-Berlin. (*Med. Klinik.* 1911. Nr. 8.) Head stellte auf Grund von Versuchen am eigenen Körper die Hypothese auf, dafs die Haut mit zwei thermischen Apparaten

versehen sei, der eine davon reagiert auf punktförmige Reize und besitzt eine hohe Reizschwelle, da er unfähig ist, auf Temperaturen zwischen 26° und 27° C zu antworten. Der zweite Mechanismus ist unfähig, auf punktförmige Reize zu reagieren, aber er spricht auf Temperaturen über 26° C und unter 37° C an, falls dieselben auf ein Feld von einer gewissen Ausdehnung wirken. Die HEADschen Beobachtungen werden zum grofsen Teil vom Verfasser für unrichtig erklärt. *Arthur Schucht-Danzig.*

Über induzierte elektrische Phänome am menschlichen Körper und darauf beruhendes Tönen der Haut, von JOHANNES MÜLLER-Nürnberg. (*Dtsch. Arch. f. klin. Med.* 1910. Heft 5 und 6.) Der Verfasser konstatierte bei Personen, welche elektrische Thermophore in ihren Betten hatten, ein eigentümliches, als Klang wohlcharakterisiertes Tönen der Haut, wenn über die trockene, gespannte Haut mit den Fingerspitzen gestrichen wurde. Er glaubt dies durch eine Induktionswirkung des in die Nähe des menschlichen Körpers gebrachten Stromkreises auf diesen erklären zu können. *Gunsett-Strafsburg.*

Die Plasmazellen, von JOSEF SCHAFFER-Wien. (Jena, Gustav Fischer, 1910.) In dieser Arbeit versucht der Verfasser, „durch einen erschöpfenden, auf genauem und objektivem Quellenstudium beruhenden Überblick über die Geschichte und den gegenwärtigen Stand der Frage zu ihrer Klärung beizutragen". Aus den Details der Arbeit, die natürlich im Original nachgesehen werden müssen, mag nur hervorgehoben sein, dafs nach der so ziemlich allgemein jetzt geltenden Auffassung die Plasmazellen „genetisch mit jenen kleinen protoplasmaarmen Rundzellen zusammenhängen, welche man ohne Rücksicht auf ihre Herkunft als Lymphocyten bezeichnet hat". Was ihre Funktion anbetrifft, so ergibt sich aus der Darstellung, dafs es sich „lediglich um vorübergehende, nur von bestimmten Umständen abhängige Fortentwicklungsstadien von Lymphocyten und nicht um originär differenzierte Zellen handelt". „Man kann die Plasmazellen als „Reizungszellen" auffassen, wenn man unter Reiz nicht ausschliefslich einen entzündlichen versteht. Für das pathologische Auftreten derselben mag ja vorwiegend ein solcher auslösend sein; für ihr Vorkommen unter physiologischen Umständen müssen aber histolytische oder hämolytische Vorgänge und durch sie entstehende Produkte als kausaler Reiz betrachtet werden. In beiden Fällen handelt es sich aber in letzter Linie um die chemische Natur dieser durch die Entzündung oder Histolyse entstehenden Stoffe." *Gunsett-Strafsburg.*

Experimentelle Untersuchungen über den Ursprung der Plasmazellen, von UGO CERLETTI-Rom. (*Rendiconti d. R. Accad. dei licei.* Vol. 16, 5. Serie, 1. sem. 8. Fasc.) Es gelang dem Verfasser durch Injektion von menschlichem Serum in die Venen von Kaninchen bei diesen Tieren im zirkulierenden Blute und zugleich in den hämatopoietischen Organen das Auftreten von Plasmazellen zu bewirken. Er glaubt deshalb, dafs sie hämatogenen Ursprungs sind. *Gunsett-Strafsburg.*

Über eine neue Schnellfärbung mit meiner Azureosinlösung, von G. GIEMSA-Hamburg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 47.) Das hier angegebene Verfahren ist sowohl für Spirochäten als auch für alle anderen Objekte, welche sonst mit der ROMANOWSKY-Färbung nachgewiesen werden, anwendbar. Man stellt sich dazu eine Mischung der Original-GIEMSA-Färbung (Methylenazur-Methylenblau-Eosin) mit reinem Methylalkohol zu gleichen Teilen her. Den mit luftgetrocknetem sehr dünnem Ausstrich beschickten Objektträger legt man in eine trockene PETRI-Schale und tröpfelt Farblösung auf das Präparat bis zur völligen Bedeckung (10 bis 15 Tropfen); nach Einwirken von 30 Sekunden Dauer giefst man Wasser in die Schale, bis der Objektträger ganz damit bedeckt ist, schwenkt einige Male hin und her, läfst drei bzw. (für Trypanosomen und Spirochäten) fünf Minuten stehen, spült in fliefsendem Wasser ab, trocknet und untersucht in Zedernöl. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Warnung vor der Tuschefärbungsmethode der Spirochaeta pallida, von Joseph H. Barach - Pittsburg. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 55, Nr. 22.) In der chinesischen Tusche sind spirochätenähnliche Gegenstände enthalten, welche dem ungeübten Auge leicht als Spirochaeta pallida erscheinen können. *Schourp-Danzig.*

Färbung der Spirochaeta pallida in vivo nach E. Meirowsky, von Zweig-Dortmund. (*Med. Klinik.* 1910. Nr. 21.) Die Meirowskysche Methode führt wie keine andere zu schönen und in kurzer Zeit erreichbaren Bildern: Es wird in die vorher mit physiologischer Kochsalzlösung gut gereinigten Stellen — Ulcera dura, Papeln, Condylomata lata — mit einem Glasstab ein Brei von Methylviolett geprefst, den man sich jedesmal frisch bereiten mufs. (Einige Methylviolettkörnchen mit einigen Tropfen Wasser zu Brei verrieben.) Nach zwei bis drei Minuten langem Warten entnimmt man mit Bierschem Sauger das Saugserum, verdünnt es auf einem Objektträger mit einem Tropfen Aq. dest. — Deckglas, Ölimmersion. Zellen und Kokken sind tief-, die Spirochaeta pallida ist zartblau gefärbt und bewegt sich.

Arthur Schucht-Danzig.

Bakteriologie.

Über Resistenzunterschiede von Bakterien innerhalb und aufserhalb des infizierten Organismus, von R. Stern - Breslau. (*Münch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 44.) Im Verein mit einigen anderen Forschern (Maase, Knick und Pringsheim) hat Verfasser eine gröfsere Reihe von Untersuchungen angestellt, um die Bedingungen zu erforschen, durch welche die im menschlichen Organismus auftretenden Bakterien manchmal eine viel stärkere Resistenzfähigkeit gegenüber den angewandten Behandlungsmitteln dokumentieren als in anderen anscheinend gleichen Fällen. Er verweist auf die bekannten Unterschiede im Verhalten der Kolibazillen bei Anwendung von Urotropin, die sich allerdings aus einer Anpassung der Bakterien an das Medikament, wenn anfangs keine genügend grofse Dosen verabreicht worden sind, erklären liefsen. Andererseits hat er verschiedentlich Unterschiede in der Resistenzfähigkeit der gezüchteten Bazillen auch ohne etwaige Urotropinbehandlung öfters konstatiert. Ferner wurde aber festgestellt, dafs aufserhalb des Organismus derartige resistentere Bakterien beim Kultivieren sofort ihre erhöhte Widerstandskraft verlieren; sogar das 24 bis 48stündige Belassen der Bakterien im infizierten Harn aufserhalb des Körpers genügte, um die Resistenzvermehrung zum Schwinden zu bringen. Die zur Begründung dieser Schlufsfolgerungen ausgeführten bakteriologischen Untersuchungen sind ausführlich mitgeteilt. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über Produktion von Immunkörpern des Gonococcus bei Kaninchen, von Stanziale. (*Giorn. internaz. delle scienze med.* XXXII. Heft 22.) Durch eine besondere Behandlung gelang es Verfasser bei Kaninchen die Bildung von Immunkörpern hervorzurufen und zweitens ein Immunserum zu erhalten, das bei jungen Kaninchen eine spezifische passive Immunität auch gegen hohe Dosen von Gonokokkenstämmen erzeugt.

Haas-Hamburg.

Din Chemotherapie der Spirillosen, von Uhlenhuth-Gr. Lichterfelde. (*Med. Klinik.* 1911. Nr. 5.) In dieser durch ihre genauen einschlägigen Literaturangaben besonders interessierenden Arbeit kritisiert Verfasser Ehrlich-Hatas Buch „Experimentelle Chemotherapie der Spirillosen“ und weist auf seine eigenen einschlägigen früheren Arbeiten hin, welche daselbst keine genügende Würdigung erfahren haben.

Den Standpunkt Ehrlichs bezüglich der Leistungen des neuen Mittels hält Verfasser für zu optimistisch. *Arthur Schucht-Danzig.*

Weitere Mitteilungen über die Spirochäten der Mundrachenhöhle und ihr Verhalten zu Salvarsan, von GERBER-Königsberg. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 51.) G. weist darauf hin, dafs auch in der normalen Mundrachenhöhle an verschiedenen Stellen mehrere Formen von groben und feinen Spirochäten vorkommen; G. bezeichnet die groben als Spirochaeta undulata und Spirochaeta inaequalis, die feinen als Spirochaeta dentium, denticola, tenuis und recta. Bei der grofsen Formunbeständigkeit der Spirochäten dürfen jedoch diese Formen nicht als verschiedene Arten angesehen werden. Zwischen der Spirochaeta pallida und der Spirochaeta dentium gibt es wenig absolut gültige Unterscheidungsmerkmale. Die auch sonst zusammen auftretenden Spirochäten und fusiformen Bazillen sind bei der PLAUT-VINCENTschen Angina sehr viel reichlicher und ausschliefslicher vorhanden als bei anderen Geschwüren und an normaler Stelle. — Sowohl die feinen wie die groben Mundspirochäten werden an gesunden Stellen durch Salvarsan nicht oder nicht stark beeinflufst, dagegen schwinden und sterben an den spezifischen Geschwürsflächen nicht nur die Pallidae, sondern meist auch die Mundspirochäten, und zwar beide vor Abheilung der Ulcera. In einem Falle von VINCENTscher Angina waren die aufsergewöhnlich zahlreichen Spirochäten und fusiformen Bazillen am fünften Tage nach der Injektion von 0,5 Salvarsan vollständig verschwunden und die klinischen Erscheinungen zurückgegangen. *Götz-München.*

Spirochäten. (*Glasgow med. Journ.* 1911. Nr. 1, S. 55.) Anführung einiger Zitate aus BURNETS: „Syphilis im Mittelalter und in der Neuzeit“, durch die bewiesen werden soll, dafs die Spirochaeta pallida lange vor SCHAUDINN gefunden oder vermutet worden sei. Ein Holländer, ETIENNE BLANKARD, schrieb 1684, dafs im männlichen Samen und im Genitalsekret des Weibes kleine Tiere gefunden worden seien, „die nicht nur die Genitalien zerstören, sondern auch bei starker Vermehrung ins Blut übergehen.“ MARTIN LISTER sieht 1694 die Ursache der Syphilis im Genufse des Fleisches einer Eidechse, IVANA oder IGUANA seitens der Indianer. BALLAY (1762) erklärt, dafs man in einer Emulsion dieser Tiere das syphilitische Virus als kleine Tierchen mittels eines Mikroskopes sehen müfste. Die Heilwirkung des Quecksilbers bei Lues sieht er in dessen Giftigkeit für kleine Tiere. 30 Jahre vorher hatten zwei Franzosen, DEIDIER und DESAULT, die Theorie verteidigt, dafs das venerische Gift in Würmern, die für die Sinne unsichtbar seien, besteht. Die Annahme solcher kleinster Lebewesen sei nicht zu verwerfen, da man auch auf Insekten Parasiten vermute. (Die von BLANKARD erwähnten Lebewesen sind vielleicht Sp. refringentes. Warum ferner aus den oben erwähnten Gründen der Ausdruck: „Spirochaeta pallida“ als hochtönend und „poxy worm“ oder „ver vérolique“ als besser bezeichnet wird, ist nicht ganz ersichtlich. Der Ref.). *Richard Frühwald-Leipzig.*

Die Natur der Spirochäten, von F. DOFLEIN. (*Probleme der Protistenkunde* II, G. Fischer, Jena 1911.) Im Zellbau schliefsen sich die Spirochäten eng an Bakterien an. Verschiedene Eigenschaften aber (Mangel einer Membran usw.) nähern sie sich den Protozoen, ohne dafs sie aber solche sind. Sie nehmen daher eine Zwischenstellung zwischen Protozoen und Bakterien ein. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Über eine neue Spirochätenfärbung, von R. KALB-Frankfurt a. M. (*Münch. med. Wochenschrift.* 1910. Nr. 26.) Die Färbelösung besteht aus Eosin B. A. (0,5), Alkohol (70%ig) 50,0 und Triazid 30,0, enthält also vier Farbstoffe: Eosin, Methylgrün, Säurefuchsin und Orange. Man verschafft sich Reizserum, wobei man dafür sorgt, dafs dasselbe zum besseren Haften leicht blutig tingiert ist. Nach dem Antrocknen gibt man einige Tropfen der Färbelösung darauf, erhitzt über der Spiritusflamme, ohne die alkoholische Lösung zu entzünden, spült mit Wasser und dann zwei- bis dreimal mit schwacher Essigsäure (1 Teil Essigsäure auf 10 Teile Wasser) vorsichtig

ab. Das Präparat mufs dann rosarot bis blafsrot sein; die Spirochäten treten dann deutlich als weifse Gebilde auf rotem Hintergrunde hervor.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Eine neue Methode der schnellen Färbung von Spirochäten (Treponemata) in Ausstrichpräparaten, von A. A. W. Ghoreyeb-Boston. (*Public. Massachusetts Gen. Hosp.* Vol. III, Nr. 2.) Das dünn ausgestrichene, ohne Erhitzung getrocknete Präparat wird 30 Sekunden lang mit einer 1%igen wässerigen Osmiumsäurelösung bedeckt und alsdann in fliefsendem Wasser gut abgewaschen; darauf folgt ein 10 Sekunden langes Bedecken mit einer frischbereiteten, hundertfach verdünnten Lösung von Liquor plumbi subacetalis und wiederum Abwaschen in Wasser; alsdann wird 10 Sekunden lang mit einer 10%igen wässerigen Lösung von Natriumsulfid bedeckt und in Wasser abgewaschen. Nachdem diese Behandlung dreimal durchgeführt ist, wird als letzte Prozedur 30 Sekunden lang die Osmiumsäurelösung aufgelegt, worauf man abwäscht, trocknet und in Balsam einlegt. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Eine einfache Methode der Darstellung der Spirochaeta pallida, von J. T. Lenartowicz und K. Potrzobowski-Lemberg. (*Ctrlbl. f. Bakteriol.* Bd. 56, Heft 2.) Die Methode ist in kurzem folgende und an grofsem Material erprobt: 1. Der gut gereinigte, von jeder Fettspur befreite Objektträger wird durch 5 Sekunden über einer ½—2%igen Osmiumsäurelösung gehalten. 2. Auf der von Osmiumdämpfen bedeckten Fläche wird möglichst schnell das zu untersuchende Material ausgestrichen. 3. Der Ausstrich wird nun wieder über Osmiumsäure fixiert durch 10—20 Sekunden langes Darüberhalten, worauf vollständiges Trockenwerden abgewartet wird. 4. Auf das derartig fixierte Präparat läfst man die für Tuberkelbazillenfärbung gebräuchliche Ziehlsche Fuchsinlösung oder sogar eine stärkere (15 ccm konzentrierter alkoholischer Fuchsinlösung auf 85 ccm 5%iges Karbolwasser) ein Viertel bis zu einer Minute einwirken. 5. Dann wird mit destilliertem oder Leitungswasser abgespült, getrocknet und mit Zedernöl bedeckt. Das gut gefärbte Präparat erkennt man makroskopisch an der roten Färbung und einer glänzenden glatten Oberfläche. Von besonderer Wichtigkeit ist der erste Punkt (Einwirkung von Osmiumdämpfen auf den Objektträger vor Ausstreichen des Materials). In gut gefärbten und fixierten Präparaten sieht man als Grund das Serum rosa oder rot gefärbt, darauf die deutlich sich abhebenden Spirochäten als „Negative". Die Methode rühmen L. und P. als einfach, leicht, besonders geeignet zur schnellen Geifselfärbung und zur Differentialdiagnose der Spirochaeta pallida von der refringens, also, wie es scheint, für den Praktiker sehr empfehlenswert. *Stern-München.*

Eine Sekundärfärbung der Spirochaeta pallida, von E. Klausner-Prag. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1911. Nr. 4.) Folgende Schnellfärbung wird als zuverlässig empfohlen: Das ausgestrichene Reizserum wird mit Osmium (1—2 Minuten über einer 1%igen Osmiumsäurelösung) fixiert und mit Farbstoff übergossen, 20—30 Sekunden über der Flamme erhitzt, abgespült, getrocknet und bei künstlicher Lichtquelle mit Ölimmersion untersucht. Der Farbstoff, Anilinwasser gentianaviolett, wird so bereitet: 3 ccm Anilinöl werden mit 20 ccm Aq. dest. 5—10 Minuten kräftig geschüttelt, die so entstandene Emulsion durch ein angefeuchtetes Filter geschickt und die so gewonnene klare Flüssigkeit im Verhältnis 2 : 1 mit einer konzentrierten alkoholischen Gentianaviolettlösung versetzt (wie bei der Gramfärbung). *Arthur Schucht-Danzig.*

Hygiene.

Ist vom ärztlichen Standpunkt eine polizeiliche Regelung der Hygiene in den Friseurgeschäften angezeigt? Von C. Adrian. (*Strafsb. med. Ztg.* 1910. Nr. 7.) Da Trichophytie und Syphilis aufserordentlich leicht durch Friseurgeschäfte übertragen werden können, hält Verfasser behördliche Vorkehrungen in dieser Hinsicht für unerläfslich. Doch sollen diese nicht in Form polizeilicher Mafsnahmen geschehen, sondern, ähnlich wie in Hamburg, durch Bekanntmachungen, den Friseuren und dem Publikum die Infektionsgefahren vor Augen führen und schliefslich erstere darauf aufmerksam machen, dafs sie im Falle der Übertragung einer ansteckenden Krankheit wegen fahrlässiger Körperverletzung strafrechtlich verfolgt werden.

Richard Frühwald-Leipzig.

Das Problem der Prostitution und Geschlechtskrankheiten in der Stadt New York, von Frederik Bierhoff-New York. (*New York med. Journ.* 25. März und 1. April 1911.) B. fafst dieses Problem in den vier Begriffen: Prophylaxe, Reformation, Kontrolle und Beschränkung in der Ausbreitung der Geschlechtskrankheiten zusammen und geht auf jeden dieser vier Punkte in ausführlicher Weise ein. Was die Prophylaxe betrifft, so mufs sie in erster Linie schon bei der Erziehung eingreifen und Staat und städtische Behörden sollten dafür Sorge tragen, dafs den Kindern genügend Spielplätze zur Verfügung stehen, die Mädchen zu guten Hausfrauen erzogen werden. Wichtig ist sodann, den weiblichen Arbeitskräften bessere Löhne als bisher zu bezahlen und beiden Geschlechtern geeignete (Klub-) Räume für die Erholungszeit zu schaffen. Bezüglich der Reformation führt B. an, dafs es bereits 24 Reformwerke und Asyle für Frauen in Grofs-New York gibt, und dafs keine Anstrengungen und Kosten gescheut werden sollen, um gefallene Frauen wieder auf den rechten Weg zu bringen, glaubt aber, dafs das wohl meist nur ganz am Beginn der Prostituiertenlaufbahn gelingt, und die Reforminstitutionen, welche nur freiwillig eintretende Mädchen aufnehmen, bessere Aussicht auf Erfolg haben, als jene, wohin die Frauen durch Gerichtsurteil zu gehen gezwungen sind; letztere Art möchte B. vielmehr nur für jene Fälle reserviert wünschen, wo direkter Friedensbruch oder ein Verbrechen von seiten der Prostituierten vorliegt. Die Kontrolle derselben sollte in ziemlich milder Form, d. h. so lange sie den bestehenden Gesetzen sich fügen und keine Übertragung einer Geschlechtskrankheit vorliegt, gehandhabt werden. Ihre Tätigkeit sollte auf gewisse Stadtteile beschränkt, die betreffenden Häuser polizeilich angemeldet und überwacht, „Strafsenbummeln“ strenge verboten werden. Ebenso wie die Bordellbewohnerinnen alle zwei bis drei Tage ärztlich genau untersucht werden, ebenso müfsten sich auch die männlichen Besucher jedesmal einer solchen Untersuchung unterziehen. Um die Ausbreitung der Geschlechtskrankheiten zu verhüten, sollte eine Anzahl Sanitätsinspektoren männlichen und weiblichen Geschlechts speziell zur medizinischen Untersuchung und Beaufsichtigung der Prostituierten ausgebildet und angestellt, sowie eine Anzahl Polikliniken und Spitalsabteilungen speziell zur unentgeltlichen Behandlung der Prostituierten bestimmt bzw. mit den nötigen Mitteln versehen und die dort Aufgenommenen auch richtig und menschlich behandelt werden. B. vertritt den wohl richtigen Standpunkt, dafs das Übel der Prostitution nicht auszumerzen ist und dafs wir eben damit rechnen müssen, d. h. deren Folgen in jeder Beziehung zu mildern suchen, und die Augen gegen ihre Auswüchse und Schäden stets offen haben müssen; die Kosten, welche aus solchen Mafsnahmen für den Staat und die städtischen Behörden erwachsen, werden reichlich durch verbesserte Gesundheitszustände, d. i. Abnahme der Geschlechtskrankheiten, aufgewogen.

Stern-München.

Einige Beobachtungen über die Prostitution in Tanger, von K. Scheven. (*Abolitionist.* 1910. Nr. 4.) Die Prostituierten unter der arabischen Bevölkerung stehen auf der tiefsten Stufe der Verkommenheit. Die Syphilis hat eine ganz enorme Verbreitung. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Die Prostitution der Minderjährigen, von Le Pileur. (*Bull. d. l. sociét. franç. d. proph. sanit. et mor.* 10. Jan. 1910.) Pileur hat in der Poliklinik für Geschlechtskranke neben S. Lazare vom Januar 1908 eine Statistik der syphilitischen Primäraffekte aufgestellt. Dabei fand er die überraschende Tatsache, dafs von dem Momente des Inkrafttretens des Gesetzes, demzufolge minderjährige Prostituierte nicht interniert werden dürften, die Zahl der syphilitischen Infektionen um mehr als 50% emporschnellte. Seine beim Ministerpräsidenten eingeleiteten Schritte hatten Erfolg und führten schliefslich zur Aufschiebung des erwähnten Gesetzes. Von da sank die Zahl der Infektionen auf das frühere Niveau.

Honnorat bespricht die Schwierigkeiten der Durchführung des Gesetzes über die Prostitution der Minderjährigen, die üblen Folgen, die hierdurch entstanden und konstatiert, dafs die Sittenpolizei zu ihrem früheren Vorgehen zurückgekommen sei. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Über den Stand von geheimen Prostituierten in der Stadt Osaka, von Kamimura - Osaka. (*Mitteil. d. med. Gesellsch. zu Osaka.* 1910. Bd. 9, Heft 10.) Die Arbeit bringt über verschiedene Fragen interessantes Zahlenmaterial. So finden wir unter der Rubrik „Ursachen, welche die Person zur Prostitution führten", angegeben: Hauswirtschaftliche Notlage 9,16%, Familienzwist 1,09%, Drohung des Mannes 17,62%, spontan 72,11%. Die meisten Personen hatten vorher keinen Beruf, ein grofser Teil war Handarbeiterinnen, ein kleinerer Tänzerinnen und Sängerinnen niederer Klasse. Prostitutionsverdächtig sind besonders die japanischen Sängerinnen und Kellnerinnen. *Arthur Schucht-Danzig.*

Die Regulierung der Prostitution mit spezieller Beziehung auf § 79 der Page-Bill, von Maude-Glasgow. (*New York med. Journ.* 31. Dez. 1910.) Eine genaue Wiedergabe dieser Gesetzesverordnung und des angeführten Paragraphen hat Referent zwar in vorliegender Arbeit vermifst, immerhin geht aber aus derselben hervor, dafs Verfasser jeder Reglementierung der Prostituierten abhold ist und sich davon keinerlei Abnahme der Geschlechtskrankheiten verspricht. Um vielmehr eine Abnahme der Prostitution zu erzielen, wünschte G. Erziehung in der sexuellen Physiologie in den öffentlichen Schulen, materielle Besserstellung der Frauen in verschiedenen Berufsarten und zeitgemäfse Erholungs- und Unterhaltungsstätten für dieselben; besseren Schutz der Frauen und gesetzliche Strafen für jene, welche wissentlich Geschlechtskrankheiten übertragen. Anzeigepflicht aller übertragbaren Krankheiten mit Vorsorge für geeignete Behandlung, wenn es notwendig sein sollte. Gesetzlich festzulegender Nachweis für alle Ehekandidaten, dafs sie frei von übertragbaren Krankheiten seien, schliefslich könnte die Gesetzgebung auch daran gehen, von jedem Manne, der ein Bordell besucht, zu verlangen, dafs er sich ärztlicher Untersuchung unterzieht, seine Fingerabdrücke abgenommen und sein Name durch einen Sanitätsbeamten eingetragen werde. Glasgow glaubt, dafs mit solchen Mafsnahmen bald alle Freudenhäuser aus Mangel an Besuchern ihre Pforten schliefsen würden (und die geheime Prostitution vielmehr blühen würde — Referent.) *Stern-München.*

Prostitution und Reglementierung, von Witting-Königsberg i. Pr. (*Ztschr. f. Medizinalbeamte.* 1911. Nr. 3.) Der Verfasser verlangt eingehende und häufige ärztliche Untersuchung aller Prostituierten. Dazu gehört notwendig die Reglementierung und energische Bekämpfung der clandestinen Prostitution. Die Unterbringung von

16jährigen und noch älteren Mädchen in die Magdalenenstifte ist nutzlos. Die jetzigen Magdalenenstifte würden zweckmäfsig in Siechenhäuser umgewandelt.

Schourp-Danzig.

Reglementierung in Rufsland und Finnland, von K. Schirmacher. (*Abolitionist.* 1910. Nr. 2.) In Finnland besteht die Reglementierung zwar nicht als Polizeieinrichtung, doch als Sanitätseinrichtung und wird deshalb nicht weniger hart geübt. In Rufsland besteht überall Reglementierung und wird auch bleiben, wenn, wie beabsichtigt, die öffentlichen Häuser verschwinden sollen. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Einiges über die dänischen Verhältnisse nach Aufhebung der Reglementierung, von Hedwig Reinhardt. (*Abolitionist.* 1910. Nr. 2.) Das Gesetz betreffs Aufhebung der Reglementierung enthält Bestimmungen, die bei mifsbräuchlicher Auslegung zu den alten Zuständen zurückführen könnten. Doch wird das Gesetz von der Polizei sehr loyal gehandhabt, so dafs die Verhältnisse sehr erfreulich sind. Die Zunahme der Geschlechtskrankheiten wird nach der Meinung der Verfasserin nicht anhalten, da es in Norwegen ebenso ergangen ist. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Alte Eingeschriebene, von L. Jullien, übersetzt von K. Scheven. (*Abolitionist.* 1910. Nr. 3.) Unter den Pariser Prostituierten befindet sich eine verhältnismäfsig grofse Zahl alter Frauen, welche zum Teile noch die Prostitution ausüben, teils Kuppelei betreiben. Eine nicht geringe Anzahl von ihnen ist erst nach langjähriger Tätigkeit infektiös geworden. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Über die Ansteckungsquellen der Geschlechtskrankheiten in der Stadt New York, von Frederik Bierhoff-New York (*New York med. Journ.* 12. Nov. 1910.) B. hatte Gelegenheit, in verschiedenen Polikliniken New Yorks diesbezügliche eingehende Untersuchungen, die sich hauptsächlich auf Blennorrhoe beziehen, zu machen und kam zu dem Resultate, dafs von 1429 Fällen mikroskopisch bestätigter Blennorrhoe 1056 = 74% von öffentlichen Dirnen angesteckt worden sind. Zieht man nur diejenigen in Betracht, welche zum ersten Male infiziert wurden (527), so steigt dieser Prozentsatz sogar auf 79%. Nur nebenbei wurde der Prozentsatz bei Syphilis festgestellt und gefunden, dafs unter 52 Fällen syphilitischer Infektion 30 von Puellae publicae stammten, also nahezu 60%. B. hält daher die Überzeugung für berechtigt, für New York die grofse Infektionsgefahr von seiten der Puellae publicae anzunehmen, und dieselben als die Hauptquellen der Geschlechtskrankheiten anzusehen, eine Gefahr, die nach einer Statistik Fourniers (allerdings aus dem Jahre 1866) für Paris bei weitem geringer zu sein scheint. Die neue Gesetzgebung, welche für New York regelmäfsige Untersuchung der Prostituierten durch weibliche Ärzte vorschreibt, kann B. trotz vielseitiger lebhafter Gegenagitation nur als grofsen Fortschritt begrüfsen.

Stern-München.

Zur Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten, von Felix Theilhaber-München. (*Reich-Med.-Anzeiger* 1910. Nr. 26.) In jedem Bordellzimmer bzw. in jedem Raum, den eine öffentliche, d. h. der ärztlichen Kontrolle unterstellte Person bewohnt, mufs ein Anschlag angebracht sein mit dem Hinweis, dafs die ärztlichen Untersuchungen keine Garantien für absolute Sicherheit vor Ansteckungsmöglichkeit geben. Deshalb sei jedem Besucher die Anwendung von Präservativs anzuraten, die in einem neben dem Anschlag angebrachten Automaten zu erhalten sind, der aufserdem Quecksilber- und Vaselinsalbe mit Gebrauchsanweisung abgibt. *Schourp-Danzig.*

Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten in der Marine der Vereinigten Staaten, von Robert E. Ledbetter-Cavite. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 56, Nr. 15.) Aufklärende Vorträge belehren die Mannschaften. Nach der Rückkehr erhält der Landurlauber, der geschlechtlichen Verkehr meldet, eine Waschung des Penis mit Sublimat (1 : 2000), und vorhandene Erosionen werden mit dem Perhydrolspray be-

spritzt. Die Harnröhre erhält zwei Injektionen mit 10%iger Argyrollösung, und der ganze Penis wird mit 33%iger Kalomelsalbe bestrichen. Wird diese Prophylaxe innerhalb zwölf Stunden post coitum ausgeführt, so wirkt sie in über 98% der Fälle.

Schourp-Danzig.

Die Bekämpfung der venerischen Erkrankungen an ihrer Ursprungsstelle in der Zivilbevölkerung, von H. C. French-Malta. (*Brit. med. Journ.* 3. Dez. 1910.) Für die Gegner jeglicher behördlicher Beaufsichtigung des Unzuchtgewerbes mögen folgende Einzelheiten aus dieser Abhandlung zur Beantwortung vorgelegt sein: in den Jahren 1886—90 lieferte die englische Armee an venerisch erkrankten Patienten durchschnittlich 202 unter 1000 Soldaten, gegenüber 27‰ im deutschen Heer und etwas höheren Zahlen in Frankreich, Österreich und Italien. In Indien wurden im Jahre 1897 Maſsregeln ergriffen, um der Ausbreitung von venerischen Erkrankungen entgegen zu wirken; es wurde die offizielle Anmeldepflicht eingeführt und für Behandlung erkrankter Männer und Frauen im Krankenhaus Sorge getragen. In den folgenden zehn Jahren wurde die Zahl der nach England als dienstunfähig in Folge von Geschlechtskrankheiten zurückbeorderten Soldaten von 661 (1897) im Jahr auf 59 herabgesetzt. Ferner berichtete die Regierungskommission im Jahre 1889, daſs damals in Groſsbritannien 7000 Personen gezählt wurden, welche nachweislich in Folge von Conjunctivitis blennorrhoica völlig blind geworden waren. Diese und andere vom Verfasser angeführte Tatsachen beweisen zweifellos die Notwendigkeit von gesetzlichen Bestimmungen auf diesem Gebiete. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Venerische Erkrankungen in der Armee der Vereinigten Staaten, von Maus. (*Military Surgeon.* Aug. 1910.) M. hat 20% Erkrankte ausgerechnet.

W. Lehmann-Stettin.

Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie der Haut.

Palaeogenese als Ursache von gewissen Krankheitsformen, von J. Hutchinson sen.-London. (*Brit. med. Journ.* 23. April 1910.) Mit den Worten Palaeogenese und Palaeogenetisch bezeichnet H. eine Nachwirkung bzw. ein Wiedergeltendwerden von entwicklungsgeschichtlichen Arteigentümlichkeiten. In der vorliegenden Notiz kommt er wieder (siehe frühere Publikationen) auf die Erscheinung des Leukoderma syphiliticum zurück und wirft die Frage auf, ob es sich hierbei nicht handele um ein durch die Krankheit bewirktes Wiederauftreten einer in Vorzeiten bestandenen Hauteigentümlichkeit, welche in früheren Generationen als das Normale bestanden haben dürfte. Desgleichen verweist er auf das Xanthelasma palpebrarum usw., wofür er auch Analogien beim Tierreich heranzieht.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Leukoderma und Palaeogenese, von G. Renshaw-Manchester. (*Brit. med. Journ.* 21. Jan. 1911.) Verfasser stellt die Leukodermie beim Menschen in Parallele mit Pigmentanomalien bei Tieren, von denen er zahlreiche Beispiele anführt. Er verteidigt den Standpunkt, daſs es durchaus nicht unbegründet ist, hierbei von Atavismus zu reden. Folgende Sätze enthalten ungefähr die Hauptpunkte seiner Argumentation: Die Pigmentierung, wie wir sie bei Leukodermie usw. studieren können, ist epithelialen Ursprungs, und bei normalen Säugetieren ist die Pigmentierung, wenn nicht in allen, so doch jedenfalls in vielen Fällen ein epitheliales Produkt. Bei haarlosen Säugetieren („Sandhunde“, mexikanische Katzen u. a.) findet eine Umwandlung und Umkehrung der Zeichnung statt im Gegensatz zu dem Bild bei den analogen behaarten Tieren. Die Toxine, denen man teils eine inhibitorische, teils eine stimulierende Wirkung in der Erzeugung des Pigments zuschreibt, spielen dabei

blofs eine untergeordnete Rolle, etwa wie die sogen. Entwicklungsflüssigkeit bei der photographischen Platte. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Experimentell-biologische Untersuchungen über Immunität und Allergie bei Hyphomycetenerkrankungen, von Alexander Thardshimanjanz. (Dissertation. Basel 1910.) Durch die einmalige (cutane) Impfung mit dem Achorion (Trich.) Quinckeanum wird das Meerschweinchen nicht nur gegen eine weitere Impfung mit demselben oder einem Trichophytonpilz immun, sondern auch gegen die Impfung mit dem echten Favuserreger, dem Achorion Schoenleini — und umgekehrt. Die biologische Verwandtschaft, die sich in gleichartiger oder identischer Immunitätsreaktion ausspricht, erstreckt sich also über sämtliche pathogene Hyphomyceten der Trichophyton- und Achorionreihe. Es ist durch neue Versuche gezeigt worden, dafs es nicht gelingt, durch subcutane oder intraperitoneale Impfung mit Trichophyton eine Immunität hervorzurufen. Die passive Übertragung der Immunität durch das Blutserum und den Hautprefssaft (Trichopellin) von immunen Tieren, oder die Kombination beider auf gesunde Tiere gelingt nicht. Auch das Meerschweinchen zeigt nach dem Überstehen einer Trichophytie eine spezifische Überempfindlichkeit (Allergie). Diese Allergie ist nicht artspezifisch. Sie äufsert sich: a) in positivem Ausfall der v. Pirquetschen Cutireaktion (Papel) bei Impfung mit zellfreiem Pilzprefssaft (Endotrichophytin); b) bei einer cutanen Neuimpfung mit lebenden Pilzen durch beschleunigte lokale Entzündung. Die Allergie bei Meerschweinchen tritt am achten bis neunten Tage post inoculationem ein und erreicht das Maximum mit dem Eintritt der Immunität und spontaner Heilung. Sie bleibt, nachdem die Krankheit abgeheilt ist, bestehen. Zwischen Allergie und Immunität besteht ein inniger Konnex. Die eine kommt nicht ohne die andere vor. *Fritz Loeb-München.*

Über einen Versuch, die lokale Immunität für die Praxis brauchbar zu machen, von A. Wassermann und Ledermann. (*Med. Klinik.* 1911. Nr. 13.) Wassermann extrahierte, um die Verwertbarkeit der lokalen Immunisierung bei Staphylokokkeninfektionen zu studieren, lebende Staphylokokken mit Wasser. Der Haltbarkeit wegen setzt er zu diesem Extrakt eine verdünnte Gelatinelösung als Schutzkolloid. Das Präparat bezeichnet er wegen seiner Fähigkeit, örtlich auf die Gewebe zu wirken, als Histopin. Es ist steril, mit ½% Karbol versetzt und reizlos, und kann vom Kranken selbst auf die Haut gepinselt werden. Durch Resorption von der Haut aus kommt es im Tierexperiment zu einer Erhöhung des opsonischen Index gegen Staphylokokken. Ledermann hat die Wirkung der Wassermannschen Gelatine an Kranken geprüft und hält sie nicht nur zur Behandlung oberflächlicher, lokaler Staphylokokkeninfektionen der Haut, sondern auch zur Verhütung von regionären Rezidiven für geeignet. Eine 25—50%ige Staphylokokkenextraktsalbe eignet sich nach seinen Versuchen zur Behandlung der durch Staphylokokkeninfektion erzeugten Formen von Impetigo contagiosa, sowie zur schnelleren Heilung von tiefersitzenden Furunkeln nach Entleerung des Eiters. Autor bezieht diese Erfolge auf die Erzeugung einer lokalen Immunität der Haut gegen Staphylokokken. *Arthur Schucht-Danzig.*

Studien über Spirochäteninfektionen, von D. H. Bergey. (*University of Pennsylvania med. bullet.* Jan. 1911.) Die Untersuchungen Bs. beziehen sich auf die Duttonschen und Kochschen Spirochäten, zwei nahe verwandten, von verschiedenen Teilen Zentralafrikas stammenden, als Ursache des Tickfiebers angesehenen Parasiten. Mäuse und weifse Ratten sind leicht mit diesen beiden zu infizieren. Die Infektion ist häufig durch zwei oder mehr Rückfälle charakterisiert, wobei die Heftigkeit der Krankheit gewöhnlich mit jedem Rückfall abnimmt. Die gröfste Anzahl von Parasiten sieht man im allgemeinen im kreisenden Blute infizierter Tiere am vierten oder fünften

Tag nach der Impfung, sie verschwinden nach dem vierten oder fünften Tag sehr rasch und bleiben für einige Tage abwesend. Ein Tier, das sich von der Infektion mit dem DUTTONschen oder KOCHschen Parasiten erholt hat, ist immun gegen eine zweite Impfung mit dem entsprechenden Parasiten. Ein Tier, das von der Infektion mit dem DUTTONschen Parasiten sich erholt hat, ist nicht immun gegen den KOCHschen Parasiten und vice versa. Das Blutserum von Tieren, die sich von der Infektion erholt haben, zeigt tropische, agglutinierende und keimtötende Eigenschaften; das rasche Verschwinden der Parasiten (aus dem Blute) scheint der Wirkung der tropischen und keimtötenden Substanzen im Blutserum zuzuschreiben zu sein; wenn genügend keimtötende Substanz sich während des ersten Anfalles entwickelt, kommen keine Rückfälle vor. Mäuse können spontan an einer Spirochäteninfektion, die von der Spirochaeta muris herrührt, erkranken. Diese Infektion ist gewöhnlich milden Charakters und relativ wenige Mikroorganismen werden im kreisenden Blut gefunden. Diese Infektion kann von mehrmonatlicher Dauer sein und ist durch Rückfälle charakterisiert, welche voneinander durch Intervalle von mehreren Tagen, während welcher keine Parasiten gefunden werden, getrennt sind. Die beiden von B. so eingehend studierten Spirochäten (Duttonii und Kochii) sind wohl (nach der allgemeinen Ansicht) verschieden von den Rekurrensspirillen, der Ursache der in Europa vorkommenden Febris recurrens, und auch von einer anderen, von DARLING bei rezidivierendem Fieber in der Kanalzone gefundenen Spirochaeta. *Stern-München.*

Die Infektionswege und natürliche Immunität bei Spirochätosen, von LUDWIG GOZONY-Budapest. (*Zentralbl. f. Bakter.* Bd. 57, Heft 6.) Wie bei anderen Spirochätenerkrankungen, so hält es G. bei der Syphilis nicht für unwahrscheinlich, daſs die Pediculi eine Rolle spielen: aus geschwürigen Primärsklerosen oder aus nässenden Papeln und Kondylomen das Spirochäten enthaltende Material einsaugend, infizieren sie gesunde Individuen und werden die Vermittler jener luetischen Erkrankungen, wo der Patient, mit Roseola behaftet, beim Arzte erscheint und weder die Anamnese noch klinische Untersuchung die Infektionspforte festzustellen vermag. Die Möglichkeit zur Weiterverbreitung der Spirochätenerkrankungen ist durch den Beischlaf, die geschlechtliche Berührung, gegeben; bei Lues kann die Infektion auch ohne Vorhandensein einer Schleimhautveränderung seitens des Kranken stattfinden. Aus den Untersuchungen HOFFMANNS wissen wir, daſs das Vorhandensein der Spirochaeta pallida im Blute Syphilitischer auch dann erweisbar ist, wenn klinisch gar keine Symptome vorhanden sind; in solchen Fällen kann die Verletzung des kranken Individuums zur Infizierung des gesunden führen. Was nun die weiteren Schlüsse, die sich G. bei seinen eingehenden Versuchen, vor allem mit der Spirochaeta recurrens, ergaben, betrifft, so seien nur die paar wichtigsten von allgemeinem Interesse hervorgehoben: die Schleimhäute des Verdauungskanals sind für Spirochäten nicht undurchdringlich, die Conjunktiva von Mäusen ist auch für Rekurrensspirochäten passierbar, die unverletzten Schleimhäute der Genitalien sind für letztere durchgänglich. Bei der natürlichen Immunität spielen die Leukocyten eine groſse Rolle, aber nicht durch Phagocytose, sondern indem sie auf den Reiz der Spirochäten einen für letzteren schädlichen Stoff abgeben; diese Wirkung der Leukocyten ist auch bei empfänglichen Tieren, jedoch in viel geringerem Maſse als bei unempfänglichen, vorhanden. *Stern-München.*

Die Serumkrankheiten, von J. LORTHIOIR. (*Bull. d. l. soc. royale des sc. méd. et nat.* 68. Jahrgang. Nr. 9.) Eine literarische Zusammenstellung alles dessen, was über Krankheiten nach Seruminjektion bekannt ist. Auch die Schädigungen des Antistreptokokkenserums bei Scarlatina werden in einem besonderen Kapitel abgehandelt. *Gunsett-Straſsburg.*

Serodiagnose bei Pilzkrankheiten, von F. Widal, P. Abrami, E. Joltrain, Et. Brissaud und A. Weill. (*Ann. de l'institut Pasteur*. 1910. Nr. 1.) Auf Grund ihrer serologischen Untersuchungen bei mykotischen Affektionen kommen die Verfasser zu folgenden Schlüssen:

1. Das Serum von Patienten mit Sporotrichose wirkt auf die Sporen von „Sporotrichon Beurmanni“ agglutinierend bis zu Verdünnungen von 1:400. Die Sporen werden gewonnen, indem man eine 6—12 Wochen alte Kultur auf Glykoseagar in physiologischer Kochsalzlösung emulgiert und filtriert.

2. Dasselbe Serum ergibt mit einer beliebigen Kultur von „Sporotrichon“ zusammengebracht Komplementablenkung. Agglutination und Komplementablenkung gehen miteinander parallel und bestehen auch nach der Heilung.

3. Das Serum von Kranken mit Soor oder Aktinomykose wirkt ebenfalls komplementablenkend und bis 1:150 agglutinierend auf „Sporotrichon“. Umgekehrt wirkt Serum von Sporotrichosekranken ebenso auf Kulturen von Soor und Aktinomyces.

Die Verfasser legen diesen Resultaten grofsen praktischen Wert für die Diagnose der Sporotrichose und der Aktinomykose innerer Organe, die der klinischen Diagnose bisher entgangen war, bei. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Dermatomykosen, von F. Kanngiesser. (*Petersb. med. Wochenschr*. 1910. Nr. 24.) Kurze Besprechung der Klinik, Ätiologie, Bakteriologie, Diagnose, Prognose und Therapie der wichtigsten Pilzerkrankungen der Haut. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Epidemische Hautkrankheiten, von M. Hirschberg. (*Petersb. med. Wochenschr*. 1910. Nr. 33.) Bericht über die Klinik und die ausgezeichneten therapeutischen Resultate durch Röntgenstrahlen bei Makrosporie, Mikrosporie und Favus. Die Röntgenbehandlung ist aber illusorisch, wenn nicht staatliche Einrichtungen allgemein hygienischer Natur (Inspektion, Trichophytieschulen usw.) die Weiterverbreitung der Mykosen verhindern. *Richard Frühwald-Leipzig.*

Klinischer Beitrag zur Kenntnis der Hautaffektionen bei Influenza, von G. Ghedini-Genua. (*Riforma med*. 1910. Nr. 43.) Es gibt Hautaffektionen in grofser Anzahl und der verschiedensten Art, die als Begleiterscheinungen der Influenza beschrieben wurden. In den meisten Fällen fehlt aber aufser vagen klinischen Andeutungen jeder Beweis, dafs es sich um Influenza gehandelt hat. Deshalb hält es G. der Mühe wert, vier Fälle von Hautkrankheiten bei Influenza mitzuteilen, bei denen der Influenzabacillus, während des Lebens, im zirkulierenden Blute und aufserdem im Auswurf nachgewiesen wurde. Bei einem der Kranken hatte das Exanthem ein scharlachartiges Aussehen, in zweien war es masernartig, beim vierten handelte es sich um zirkumskripte Ödeme der Hand und des rechten Arms. An allen Fällen war bemerkenswert die relativ geringe Ausbreitung, die Tendenz zur Papelbildung, die geringe Fieberbewegung und die spärliche Desquamation der Exantheme, aufserdem ihre nur ganz kurze Dauer, drei bis vier Tage. *Gunsett-Strafburg.*

Beeinflufst Atoxyl die Bildung der Antikörper? Von So-Tokio. (*Wien. klin. Wochenschr*. 1911. Nr. 13.) Sämtliche angeführten Versuche haben ein negatives Ergebnis gehabt, trotzdem die meisten Tiere zu wiederholten Malen mit Atoxyl behandelt wurden. *W. Lehmann-Stettin.*

Die Wirkung lokalisierter in Intervallen erfolgender Röntgenbestrahlungen auf Blut, blutbildende Organe, Nieren und Testikel, von Erika Peters-Königsberg. (*Fortschr. f. Röntgen*. XVI, 1.) Zahlreiche in extenso mitgeteilte Tierversuche, die sich zu einem Teil mit den indirekten Veränderungen an Organen, fern von der Aufprallfläche der Röntgenstrahlen, beschäftigen. Eine solche indirekte Wirkung ist nachweisbar, aber praktisch bedeutungslos. Zustandekommen kann dieselbe vielleicht durch die summierende Wirkung der Sekundärstrahlen, vielleicht durch

Zerfallsprodukte, gebildet beim lokalen Zellzerfall, vielleicht durch Kombination beider Faktoren. Ein Röntgentoxin im Sinne von Linser und Helber wird abgelehnt.
W. Lehmann-Stettin.

Ein Vortrag über einige Momente betreffs Tuberkulose, Syphilis und maligne Neubildungen, von R. Morrison-Newcastle-upon-Tyne. (*Brit. med. Journ.* 19. Nov. 1910.) Der Artikel enthält eine längere Aufzeichnung von Irrtümern und Verwechslungen bei den drei oben genannten Prozessen aus der Praxis des Verfassers und anderer Ärzte. Außerdem werden in anschaulicher Weise die Momente der Übereinstimmung und der Verschiedenheit der Affektionen dargelegt; eigentlich neue Gesichtspunkte werden jedoch nicht beigebracht. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Fortdauer der Infektion in den nervösen Zentren nach Verschwinden derselben in den anderen Geweben bei einer gewissen Anzahl von Protozoenkrankheiten, von A. Thiroux. (*Presse méd.* 1910. Nr. 89.) Zahlreiche Beobachtungen haben große Analogien zwischen Lues und verschiedenen Spirochäten- und Trypanosomenkrankheiten feststellen können. Dieselben dehnen sich auch auf die Einwirkung gewisser medikamentöser Körper aus, wie z. B. das Atoxyl, deren gute Resultate bei Syphilis und Schlafkrankheit ja schon seit längerer Zeit bekannt sind. Weitere Analogien können darin gefunden werden, daß die pathogenen Keime bei diesen Krankheiten aus dem Körperblute vollkommen verschwinden können, hingegen sich aber in der kephalorhachidianen Flüssigkeit erhalten. Der Grund dürfte nach der Meinung des Verfassers der sein, daß die spezifischen Antikörper, welche an albuminoide Substanzen des Blutes gebunden sind, wohl im Blute vorhanden sein können, nicht aber auch in der Rückenmarksflüssigkeit, welche kein Eiweiß enthält und durch Hitzeeinwirkung nicht zur Gerinnung gebracht werden kann. Es sind Fälle bekannt, wo bei hereditär syphilitischen Kindern im Körperblute keinerlei Spirochäten gefunden werden konnten, wohl aber in großer Menge in der Gehirn-Rückenmarksflüssigkeit. Darauf wäre es vielleicht auch zurückzuführen, daß Patienten, welche von ihrer Lues vollkommen geheilt erscheinen, nach vielen Jahren an Hirn- oder Rückenmarkssyphilis erkranken, was wohl darauf zurückzuführen ist, daß in diesen Teilen des Organismus noch Krankheitskeime zurückgeblieben waren. *E. Toff-Braila.*

Acari und Geschwulstätiologie, von Enzio Reuter-Helsingfors, Finnland. Mit zwei Figuren. (*Centralbl. f. Bakter.* Bd. 56, Heft 3 u. 4.) Unter kritischer Besprechung der bekannten Arbeiten von Saul und Prof. Dahl erklärt R. die ganze Hypothese von der Beziehung der Akariden (Tarsonemusmilben und -Eier) zu der Geschwulstätiologie für hinfällig. Es kann demnach nur zwei Alternativen geben: ob es sich um eine nachträgliche Verunreinigung der Tumorstücke durch Milben (Tarsonemus) handelte oder ob die Tumoren zur Zeit der früheren Untersuchung nur Acarieier enthielten; erstere Annahme muß R. unter Würdigung aller angeführten Gesichtspunkte als die wahrscheinliche und wohl auch als die einzig richtige bezeichnen. Für die Unwahrscheinlichkeit eines ätiologischen Zusammenhanges zwischen Milben und Carcinom spricht doch auch der Umstand, daß die Geschwülste und nicht am wenigsten gerade die Carcinome ja von zahlreichen exakten Forschern wiederholt untersucht worden sind, ohne daß jemals die geringsten Spuren von Milben beobachtet wurden, andererseits daß bei Anwendung der üblichen Schnitt- und Färbetechnik der Nachweis von Milben, welche, wie die Tarsonemusarten, gut chitinisiert sind und ausgesprochene Gliederung der Extremitäten aufweisen, kein besonders schwieriger ist und auch die Tarsonemusarten im allgemeinen keine exquisiten Erzeuger von Zellwucherungen, wie die Mehrzahl der Eriophyiden, sind. *Stern-München.*

Verschiedenes.

Beiträge zur Konkrementbildung, von H. Schade-Kiel. (*Münch. med. Wochenschrift.* 1911. Nr. 14.) Die vorliegende Mitteilung bildet eine Fortsetzung zu den früheren Publikationen des Verfassers und berücksichtigt speziell die allgemeinen Gesetzmäßsigkeiten betreffs der steinbildenden Prozesse im Körper. Die schon früher hervorgehobene Wichtigkeit des Vorhandenseins eines nicht wieder löslichen, irreversibeln Kolloidkörpers für die Entstehung von Konkrementen wird erhärtet und an verschiedenen Beispielen klargelegt. Dabei wird als Gegenstück auf die Cholesterinsteine hingewiesen, welche durch den Prozefs der tropfigen Entmischung entstehen und sich somit sowohl von Nieren- und Blasensteinen wie auch von den gewöhnlichen Gallensteinen und den Kotsteinen im Darm usw. unterscheiden. Als einen erheblichen Schritt weiter zur Erforschung der Frage von den Steinbildungen schildert Sch. seine Beobachtung, dafs unter der Einwirkung von Antiformin die Konkremente infolge von Auflösung der Kolloidsubstanz zu einem dicklichen Schlamm, der durch die krystalloiden Bestandteile gebildet wird, zerfallen. In therapeutischer Hinsicht wird die weitere Forschung sich unter Berücksichtigung der chemischen sowohl als auch der physikalischen und namentlich wohl auch der elektrolytischen Faktoren mit dem Verhalten der kolloiden nicht minder wie mit den Eigentümlichkeiten der krystalloiden Substanzen zu befassen haben. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Jodtinkturmethode der Hautsterilisierung, von Ph. Turner und H. C. Catto-London. (*Lancet.* 18. März 1911.) Verfasser haben bei 32 Operationen einen kleinen Streifen von der durch Jodtinktur desinfizierten Haut bakteriologisch untersucht und dabei mit nur drei Ausnahmen völlige Sterilität konstatiert. Es handelte sich bei den infizierten Fällen stets um Staphylococcus albus. Die primäre Wundheilung war dabei in keinem Falle beeinträchtigt worden.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Kathetercrême und Cystoskopcrême, von Ernst R. W. Frank-Berlin. (*Med. Klin.* 1910. Nr. 42.) Der Kathetercrême wird hergestellt durch Lösung eines ölsauren Natronsalzes in Glycerin. Der Cystoskopcrême setzt sich zusammen aus in besonderer Weise eingedicktem Glycerin und Tragakanth. Die Eigenschaft der Gleitmittel, nicht von den Instrumenten abzutropfen, wird hervorgehoben. *Arthur Schucht-Danzig.*

Die vereinfachte Behandlung von Anorektalkrankheiten, von Samuel Goodwin Gant-New York. (*New York med. Journ.* 25. März 1911.) G. bringt eine für den Praktiker höchst lehrreiche Darstellung über die Vorbereitung des Patienten, die bei Operationen am Anus anzuwendende Lokalanästhesie, die verschiedenen nun vorzüglich beliebten Operationsmethoden bei Hämorrhoiden (Ligatur, Klammer und und Kautherisation, Exzision und die am wenigsten zu empfehlende Injektionsmethode), Fissura ani, Fistula ani, Polypen und Analpapillen. Die Einzelheiten sind nur mittelst der (13) Zeichnungen, welche einige Instrumente, die Lagerung des Patienten und die mit diesen hauptsächlich anzuwendenden Handgriffe illustrieren, verständlich. *Stern-München.*

Sachverzeichnis.

Namenverzeichnis.

Die mit * bezeichneten Artikel sind Originalarbeiten. Die Namen, bei denen keine Arbeiten angegeben, sind an den bezeichneten Stellen von anderen Autoren genannt.



